

FACULTÉ DE MÉDECINE — UNIVERSITÉ DE PARIS

Année 1898

THÈSE

566

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE LE 19 JUILLET 1898, A 4 HEURE

Par M. PAUL FARABEUF

NÉ LE 15 FÉVRIER 1869, A JOUY-LE-CHATEL (SEINE-ET-MARNE)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

PHYSIONOMIE CHEZ LES ALIÉNÉS

Président : M. JOFFROY, professeur.

Juges : { MM. SCHWARTZ, professeur.
BALLET, agrégé.
MÉNÉTRIER, agrégé.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

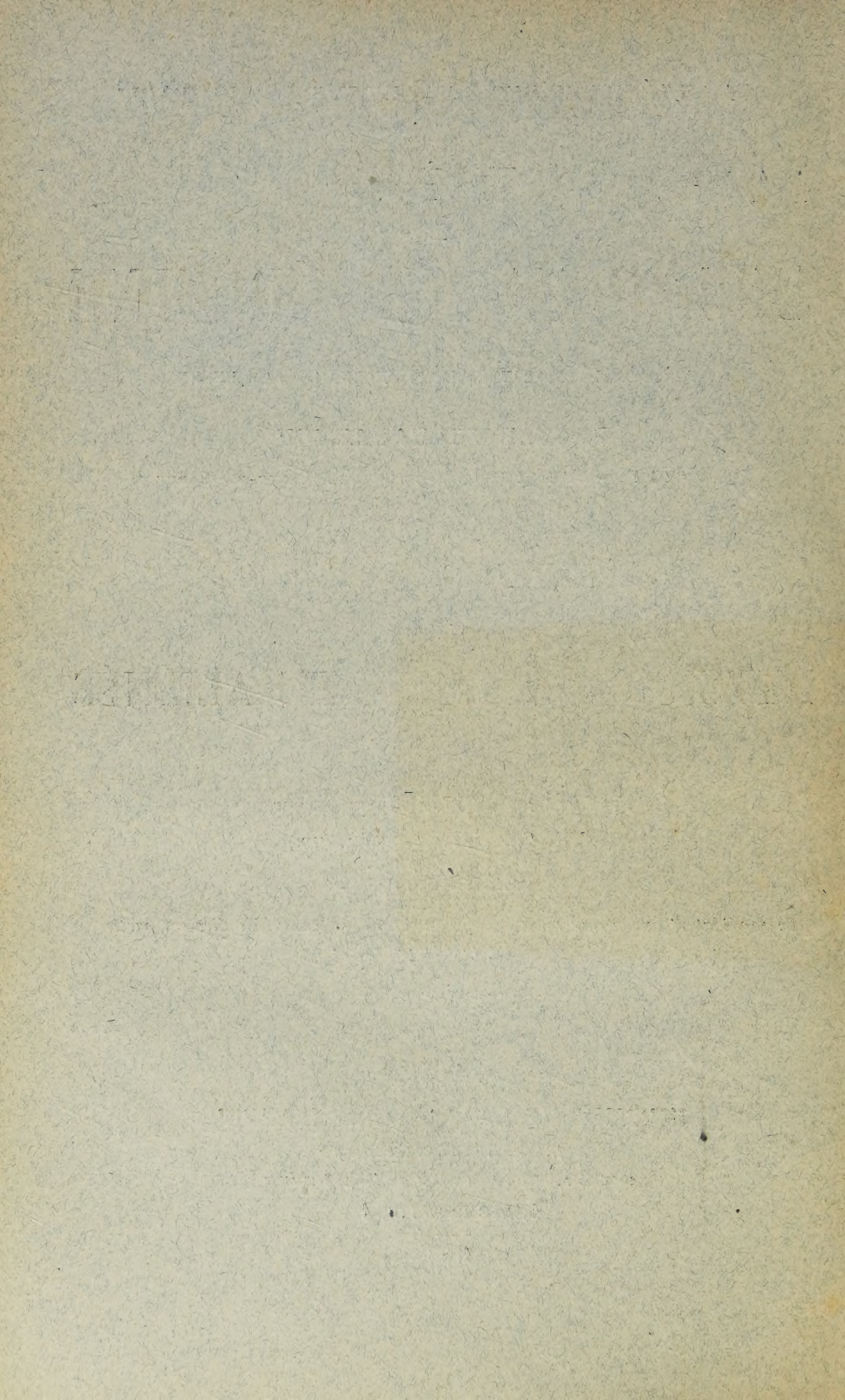
IMPRIMERIE DE LA COUR D'APPEL

L. MARETHEUX, Directeur

SOCIÉTÉ ANONYME AU CAPITAL DE 135,000 FRANCS

1, RUE CASSETTE, 1

1898



Année 1898

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE LE 19 JUILLET 1898, A 1 HEURE

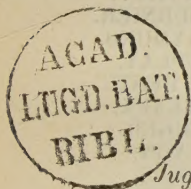
Par M. PAUL FARABEUF

NÉ LE 15 FÉVRIER 1869, A JOUY-LE-CHATEL (SEINE-ET-MARNE)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

PHYSIONOMIE CHEZ LES ALIÉNÉS



Président : M. JOFFROY, professeur.

Juges : { MM. SCHWARTZ, professeur.
BALLET, agrégé.
MÉNÉTRIÉR, agrégé.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA COUR D'APPEL

L. MARETHEUX, Directeur

SOCIÉTÉ ANONYME AU CAPITAL DE 135,000 FRANCS

1, RUE CASSETTE, 1

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	Professeurs	M. BROUARDEL.
		MM.
Anatomie		FARABEUF.
Physiologie		CH. RICHET.
Physique médicale		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD.
Pathologie médicale		DEBOVE.
Pathologie chirurgicale		HUTINEL.
Anatomie pathologique		LANNELONGUE.
Histologie		CORNIL.
Opérations et appareils		MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale		TERRIER.
Thérapeutique		POUCHET.
Hygiène		LANDOUZY.
Médecine légale		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée		LABOULBENE.
		CHANTEMESSE.
Clinique médicale		POTAIN.
		JACCOUD.
		HAYEM.
		DIEULAFOY.
		GRANCHER.
Clinique des maladies des enfants		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux		DUPLAY.
Clinique chirurgicale		LE DENTU.
		TILLAUX.
		BERGER.
Clinique des maladies des voies urinaires		GUYON.
Clinique ophthalmologique		PANAS.
Clinique d'accouchements		PINARD.
		BUDIN.

Agrégés en exercice :

MM. ACHARD.	MM. GILBERT	MM. MENETRIER	MM. SEBILEAU
ALBARRAN	GILLES DE LA	NELATON	THIERRY
ANDRE	TOURETTE	NETTER	THOINOT
BAR.	GLE Y	POIRIER, chef	TUFFIER
BONNAIRE	HARTMANN	des travaux	VARNIER
BROCA	LEJARS	anatomiques	WALTHER
CHARRIN	LETULLE	BETTERER	WEISS
CHASSEVANT	MARFAN	RICARD	WIDAL
DELBET	MARIE	ROGER	WURTZ
GAUCHER			

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MES PARENTS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR JOFFROY

AVANT-PROPOS

Nous avons eu le bonheur de rencontrer dans les différents services que nous avons fréquentés, pendant nos études médicales, soit comme bénévole, soit comme externe, des maîtres qui se sont intéressés à nous et que nous sommes heureux aujourd'hui, à l'occasion de notre thèse, de remercier publiquement.

M. le Dr Magnan a bien voulu nous donner un certain nombre de renseignements bibliographiques qui nous ont été très utiles. Il nous a très volontiers aidé de ses conseils, et nous lui offrons avec reconnaissance tous nos remerciements pour la part qu'il a prise à l'achèvement de notre travail.

Dès le début de nos études, nous avons profité de l'enseignement précis et clair de M. le professeur agrégé Reclus, à l'hôpital Broussais; des savantes leçons de M. le professeur agrégé Quénu, dans son service admirable de l'hôpital Cochin; des remarquables cliniques de M. le professeur agrégé Lancereaux, à l'Hôtel-Dieu; et enfin, au même hôpital, M. le professeur Panas nous a initié aux affections ophtalmologiques.

Dans le service de M. Quénu, où nous avons passé un

an, nous avons appris la propreté et la probité chirurgicales.

Nous avons pu constater les excellents résultats que donnent la connaissance profonde de l'anatomie et la méthode, dans le diagnostic et dans le traitement des affections chirurgicales.

Nous sommes heureux d'avoir pu profiter de cet enseignement, et nous prions M. Quénu de recevoir l'expression de notre sincère gratitude.

M. Lancereaux nous a appris à voir, à raisonner et à comprendre. Son enseignement est plus que médical, il forme l'esprit. Il ne s'adresse pas à la mémoire, mais à la raison, cette plus belle faculté de l'intelligence.

C'est toujours avec plaisir que nous avons entendu ses cliniques au lit du malade où s'ajoutait à l'accent de la conviction la puissance de la logique.

Plus tard, comme externe, nous avons passé nos trois années successivement dans les services de MM. les professeurs Charcot, Proust et Hutinel.

L'étude de l'histologie, complément de l'anatomie que nous avons apprise dans le laboratoire de notre père, nous ayant séduit, nous avons désiré passer quelque temps dans le laboratoire de la Faculté, et M. le professeur Mathias Duval, ainsi que M. le professeur agrégé Retterer, nous ont si volontiers accueilli, que nous sommes resté deux années presque complètes sous leur direction.

Nous serons vraiment heureux si ces maîtres veulent accepter ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

Enfin, nous avons complété nos études médicales par trois ans d'internat dans les asiles, où nous avons trouvé d'excellents chefs.

Pendant deux années à l'asile de Vacluse, dans le service de M. le D^r Taguet, nous avons vu les maladies mentales les plus variées, et maintenant, nous avons le bonheur d'être à l'infirmerie spéciale du Dépôt, aux côtés de M. Garnier, médecin en chef, et de M. Legras, médecin adjoint, dans d'excellentes conditions pour étudier les aliénés au début de leur affection.

Dans le courant de nos études, nous avons rencontré M. le D^r Paul Launay, qui s'est mis entièrement à notre disposition pour nous aider de ses conseils. Il a rempli vis-à-vis de nous non seulement le rôle d'un maître, mais aussi d'un ami dévoué. Il sait combien nous avons de sincère affection pour lui, et quelque remerciements que nous lui apportions ici, ils sont insuffisants à traduire notre estime et notre amitié.

Nous offrons à tous nos maîtres l'hommage de notre profonde reconnaissance.

M. le professeur Joffroy a bien voulu nous faire l'honneur de présider cette thèse; il nous permettra de lui exprimer notre respectueuse gratitude.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

PHYSIONOMIE CHEZ LES ALIÉNÉS

INTRODUCTION

L'étude de la physionomie dans l'aliénation mentale n'est pas chose nouvelle. De nombreux volumes ont été écrits sur cette question¹, mais les auteurs se sont plus attachés à décrire pour chaque affection une physionomie particulière qu'à établir des rapprochements entre les différentes manifestations du visage, tendant par cela à faire en pathologie mentale ce qu'il est facile et logique de faire en pathologie médicale non mentale, où l'expression de la face tient à un état général de fièvre, de troubles digestifs, circulatoires prononcés et durables.

Sans doute, nous rencontrons aussi ces phénomènes chez l'aliéné et le facies est pâle chez le déprimé dont les fonctions digestives et les sécrétions sont ralenties, tandis que le teint est coloré chez l'agité dont les fonctions semblent être exagérées.

Mais il y a plus, il y a une expression en rapport avec les

1. EMILE SUREAU. La face humaine en santé et en maladie. *Thèse*, Paris, année 1820. — DAMERON. La mimique et physionomie, in *Annales médico-psych.*, année 1862. — LAURENT. La physionomie des aliénés, in *Annales médico-psych.*, année 1863. — PIDERIT. *Mimique et Physiognomie*.

sentiments variés qu'éprouve l'aliéné. Ces sentiments se traduisent chez lui comme chez l'homme sain. Il n'y a jamais contradiction entre l'expression du visage et le sentiment qui la provoque.

Ce n'est donc pas l'expression qui est déraisonnable. L'étude de la physionomie normale appliquée à l'aliénation, sera donc de première utilité pour diagnostiquer l'état d'esprit du malade. Sa mimique, son attitude trahiront ses pensées et l'on jugera alors si le malade a conservé sa raison.

L'étude de la physionomie, présente encore un autre intérêt. Le moindre mouvement d'un halluciné, par exemple, peut dévoiler et l'existence et la nature de ses hallucinations. Comme alors, il va lui être difficile de *dissimuler* si un œil prévenu et exercé sait surprendre ce mouvement.

Et voyez ce *simulateur*, dont le regard vif cherche sous les paupières baissées s'il peut lire dans les yeux du médecin qui l'observe, le diagnostic, le bienvenu diagnostic d'aliénation qui peut le sauver de la prison ou lui donner pendant quelque temps l'hospitalité convoitée de l'asile.

C'est à la suite de ces diverses constatations que nous avons entrepris cette thèse.

Nous étudierons tout d'abord l'anatomie et la physiologie de la face, puis la physiognomonie normale.

Et nous réserverons une large part à l'étude de la physionomie en pathologie mentale, recherchant ce qu'elle présente de particulier, quel peut être son rang dans les symptômes, son rôle dans le diagnostic, son utilité dans la constatation de dissimulation et de simulation.

Nous aurions voulu compléter cette étude par quelques photographies nouvelles, mais désireux de les donner claires et démonstratives, nous nous sommes heurté à de tels obstacles que nous avons dû y renoncer.

Puisse cette étude remplir le but que nous nous sommes proposé.

CHAPITRE PREMIER

ANATOMIE DE LA FACE

Parmi les muscles de la face, les uns s'insèrent par leurs deux extrémités à des os et appartiennent à l'appareil de la mastication. Nous les passerons sous silence.

Les autres, au contraire, ont au moins une de leurs insertions, mobile, à la face profonde de la peau ; l'autre, souvent fixe, sur une partie osseuse. On peut les considérer comme muscles peauciers, dont ils diffèrent cependant, en ce que ces derniers ont leurs deux insertions cutanées, mobiles toutes deux ou fixes l'une ou l'autre, suivant les besoins.

Ces muscles, à insertion cutanée, mobile, sont très nombreux dans la face. L'un d'eux, le peaucier, s'étend au cou et à la poitrine. Ce sont les seuls qui nous intéressent. Ils sont groupés autour des différents orifices de la face, les ferment, les ouvrent, les déforment dans des proportions très variables. Bref, ils en règlent le fonctionnement.

On peut les diviser en trois groupes ou étages.

Le premier comprend les muscles du front, des sourcils et de la base de l'orbite.

Le second comprend ceux du dos du nez et de l'orifice des narines.

Enfin, dans le troisième groupe sont compris un grand nombre de muscles concentrés autour de l'orifice buccal et qui font mouvoir les lèvres et le menton.

Premier groupe.

Le plus étendu des muscles de ce groupe est le frontal. Il est situé à la partie antérieure du front et constitue avec l'aponévrose épicroanienne et l'occipital en arrière, un plan très mince musculo-aponévrotique, véritable muscle digastrique.

Les fibres musculaires sont insérées à la face profonde de la peau de la région sourcilière et intersourcilière. Ses fibres médianes verticales sont dirigées vers la racine du nez et semblent se continuer et se confondre avec les fibres des petits muscles pyramidaux. Ses fibres moyennes, un peu obliques en bas et en dehors, s'insèrent à la partie moyenne des sourcils; enfin les fibres externes, plus courtes et plus obliques, sont dirigées vers les angles externes des sourcils.

Si l'insertion sourcilière de ce muscle est fixée par la contraction des sourciliers et du pyramidal par exemple, la contraction du frontal ramène en avant et suivant la courbe du front, le bord antérieur de l'aponévrose épicroanienne, ce qui a pour résultat de diminuer la hauteur du front en rapprochant des sourcils le bord d'implantation des cheveux. Ce déplacement d'ailleurs est très minime, car l'aponévrose est maintenue en arrière par le muscle occipital qui, chez l'homme, est généralement très atrophié, et partant, très peu élastique.

Au contraire, et ce qui a lieu le plus souvent, comme en témoignent les rides frontales, le muscle agit en prenant son point fixe en arrière sur l'aponévrose, et élève alors les sourcils en provoquant des rides horizontales, non droites, mais à courbes presque constantes. Les courbures de ces rides sont en rapport avec la direction des faisceaux contractiles.

Les faisceaux moyens sont les plus puissants; ils sont de

chaque côté de la ligne médiane, à une certaine distance ; ils attirent la peau dans le sens de leur direction, qui est, comme nous l'avons dit, légèrement oblique en haut et en dedans. L'action des faisceaux médians, contrebalancée par la tonicité des pyramidaux, est moindre que celle des précédents : il en résulte des rides dont la courbe est à concavité supérieure. Les faisceaux externes, très faibles, sont incapables de continuer l'action des faisceaux situés en dedans d'eux ; il en résulte que l'extrémité de la ride frontale est moins élevée qu'au niveau du point d'attache des faisceaux moyens, tout en l'étant davantage qu'au niveau des faisceaux médians. Nous avons alors de chaque côté de la courbe médiane une courbe en sens contraire, à concavité inférieure, mais dont la terminaison externe est au-dessus du niveau du point le plus déclive de cette courbe.

Dans la contraction du frontal, il faut remarquer que l'insertion sur l'aponévrose n'est pas absolument fixe et que le muscle, développé par son action souvent répétée, entraîne l'aponévrose épicroanienne mal maintenue par le faible occipital. Il en résulte que les rides sont plus marquées et plus épaisses, que le front diminue de hauteur et que la partie postérieure du cuir chevelu est attirée en haut et en avant.

En général, la combinaison de ces différents mouvements n'entraîne aucun déplacement de l'oreille. Peut-être, dans quelques cas, lorsque par un jeu de physionomie antérieure, les oreilles ont été abaissées, voit-on le redressement et l'élévation de ces organes.

Macalister signale comme disposition constante le passage d'un faisceau du frontal dans le muscle releveur commun de l'aile du nez et de la lèvre supérieure.

Il est rare, cependant, de rencontrer des mouvements d'élévation dans ces organes, au moment de la contraction isolée du frontal. Ce qu'on voit le plus souvent, c'est l'en-

traînement de la peau du dos du nez, non par contraction mais par traction, ce qui modifie le profil de l'appendice nasal en tendant à combler la légère concavité d'implantation des os du nez sur le frontal. Le profil est plus droit, la pointe du nez semble relevée.

Cette déformation contribue à augmenter l'aspect d'étonnement, de surprise et d'attention, toutes physionomies qui sont du ressort du frontal.

Le muscle frontal, quoique formant un seul plan, n'est pas un muscle unique. Il y a un frontal gauche et un frontal droit, et cela tient au mode de développement de la face qui se fait, comme l'on sait, par l'union sur la ligne médiane de bourgeons latéraux. Aussi voit-on, chez certains sujets à facies mobile, se contracter isolément l'un des deux muscles. Souvent même les rides frontales sont plus accusées et plus élevées d'un côté que de l'autre.

Continuant presque les fibres médianes du muscle frontal, se trouvent les deux petits muscles verticaux appelés *pyramidaux* du nez. Ils sont accolés l'un à l'autre, situés sur le dos du nez, dans la région intersourcilière. Leur confusion avec le muscle précédent n'est qu'apparente, comme le fait remarquer Sappey; c'est plutôt un entremêlement, une pénétration réciproque, car leurs actions sont contradictoires. Contractez le muscle frontal, vous tendez le muscle pyramidal. On comprend alors pourquoi le pyramidal ne peut agir que pendant le repos du frontal. C'est ce qu'ont démontré Sappey en 1837 et plus tard Duchenne (de Boulogne) par ses expériences électro-physiologiques.

La contraction des pyramidaux soulève la peau de la racine du nez, provoque une ou deux rides transversales, à concavité inférieure, rectifie le profil du nez. Elle est toujours associée dans les jeux de physionomie à la contraction des muscles élévateur propre de la lèvre supérieure et élévateur commun de l'aile du nez et de la lèvre supérieure.

Tandis que les muscles précédents provoquent des rides horizontales, les rides verticales de la région supérieure de la face sont produites par les muscles *sourciliers*.

Il en existe un droit et un gauche, mais leur action est synergique. Ils sont situés sur l'angle interne du sourcil, horizontaux; et leurs extrémités internes se touchent sur la ligne médiane. Les faisceaux décrivent une légère courbe concave en bas.

Quand le frontal est contracté, les angles internes des sourcils sont élevés et écartés. Le muscle sourcilier doit lutter contre les fibres du frontal, et comme il est beaucoup moins puissant, c'est à peine s'il parvient à rapprocher un peu, en les abaissant, les angles internes des sourcils.

Si, au contraire, le muscle frontal est relâché, la contraction est plus efficace : des plis verticaux très profonds se creusent sur la racine du nez; les sourcils s'abaissent dans leur moitié interne, leur peau mobile se soulève même et les sourcils font saillie.

Mais tous ces phénomènes ne se produisent pas sans l'intervention de la zone orbitaire puissante du *muscle orbiculaire des paupières*, dont les fibres s'entrecroisent au niveau du trou sus-orbitaire avec les fibres du sourcilier.

L'orbiculaire des paupières complète le premier groupe ou groupe supérieur des muscles de la face. Il représente les sphincters de l'ouverture palpébrale, alors que les muscles précédents peuvent être considérés comme les dilatateurs accessoires, et imparfaits il est vrai, du même orifice. L'antagoniste propre de l'orbiculaire est le muscle intraorbitaire, releveur de la paupière supérieure. Mais essayez donc de contracter énergiquement l'orbiculaire des paupières en même temps que le frontal!

Comme tout muscle sphinctérien, il se compose d'un anneau elliptique; ici, il est aplati, large et mince, couvrant les paupières et empiétant sur le pourtour osseux de l'orbite.

Cette dernière partie, plus spécialement appelée zone orbitaire, agit concurremment avec les fibres du sourcilier, augmente l'action de celui-ci, diminue l'écartement des sourcils et abaisse l'angle externe : ce qui est d'autant plus marqué que l'angle interne est relevé. L'abaissement du sourcil tend à recouvrir la paupière supérieure.

La zone palpébrale, en se contractant, ferme l'œil; on ne se rend bien compte de son action qu'en exagérant le rapprochement des paupières. La paupière inférieure est élevée, attirée obliquement en haut et en dedans, et le bord palpébral inférieur, de presque horizontal qu'il était, l'œil étant ouvert, devient notablement oblique. La paupière supérieure, fortement abaissée, est, elle aussi, fortement déviée; l'angle interne semble remonté quoiqu'il soit resté fixe. Mais l'angle externe du sourcil s'est abaissé. Le sourcil est plus ramassé sur lui-même, plus court, plus oblique, plus épais ou saillant; des rides petites, en éventail, se forment, principalement aux dépens des téguments de la paupière supérieure, dans sa partie externe. Enfin, la fente palpébrale, très profonde, est beaucoup plus courte et très oblique de bas en haut et de dehors en dedans.

Dans sa zone orbitaire, l'orbiculaire peut se fusionner intimement avec le sourcilier. Il envoie parfois, dit Macalister, des faisceaux dans le releveur de la lèvre supérieure, dans le petit zygomatique et jusque dans le peucier du cou.

Le sourcil, élevé par le muscle frontal, s'abaisse sous l'empire de la contraction du muscle orbiculaire des paupières.

En outre, Arlt (*Arch. f. Ophtalmologie*, Bd IX; 1 abth. 3. 64) a décrit, sous le nom de muscle abaisseur du sourcil, un petit faisceau triangulaire, souvent distinct, qui s'insère par son sommet derrière le ligament palpébral interne et vient se terminer par sa base élargie dans la partie interne du sourcil. Ce muscle paraît être le même que le dilateur

supérieur du sac lacrymal de Bourjut Saint-Hilaire et le même que le lacrymal antérieur de Henke.

Deuxième groupe.

Ce groupe comprend les muscles du dos du nez et de l'orifice des narines. Ces organes étant très peu mobiles chez l'homme, les muscles sont rares et peu développés.

Un petit muscle triangulaire est couché sur la portion cartilagineuse de l'aile du nez : c'est le *transverse du nez*.

Comme tous les muscles de la face, c'est un muscle double, mais, tandis que les autres enchevêtrent les fibres musculaires d'une de leurs extrémités, celle qui correspond à la ligne médiane, ce muscle présente presque une union complète de gauche à droite, par l'intermédiaire d'une lame aponévrotique, très mince, à cheval sur le dos du nez. C'est presque un muscle digastrique au total. Les extrémités sont fixées à la peau du sillon de l'aile du nez. Les fibres sont obliques en bas, en dehors et en arrière. Les faisceaux antérieurs sont attachés à la face profonde de la peau, les faisceaux postérieurs se continuent avec les faisceaux externes du myrtilforme.

Les faisceaux antérieurs attirent la peau vers le dos du nez et donnent des rides verticales sur l'aile du nez; les faisceaux postérieurs, contractés avec le myrtilforme, aplatissent les ailes du nez et diminuent la largeur de l'orifice des narines. Mais, c'est surtout le *myrtilforme* qui joue le grand rôle dans ce mouvement.

Le myrtilforme est un petit muscle rayonné, situé au-dessous des narines, recouvert par la muqueuse buccale et l'orbiculaire des lèvres, et fixé sur le maxillaire supérieur, au niveau de la fossette myrtilforme et de la saillie de la dent canine. Parmi ses fibres, les unes, internes, s'attachent à la sous-cloison, les moyennes, au bord postérieur du cartilage

de l'aile du nez, les externes contournent le cartilage en décrivant une courbe à concavité dirigée en haut et en dedans, se continuant avec les faisceaux postérieurs du transverse.

L'ensemble de ces derniers faisceaux et des fibres des deux myrtiformes droit et gauche forme un sphincter presque complet dont les contractions rétrécissent l'orifice nasal.

La partie inférieure du nez est attirée en bas, la partie moyenne de l'aile est attirée en dedans, vers la ligne médiane, et les faisceaux de la cloison soulèvent celle-ci et tendent à la rapprocher de l'aile qui vient d'être déplacée. Il en résulte une diminution notable dans la largeur de l'orifice nasal qui, en même temps, perd, par l'abaissement du lobule du nez, une partie de son diamètre antéro-postérieur. Le sillon de l'aile du nez avec la lèvre supérieure est plus profond. Nous verrons plus tard que l'accentuation de ce pli est presque constante dans la physionomie « tirée », la « figure longue » du mélancolique.

Ce pli sera d'autant plus marqué que l'élévateur commun de l'aile du nez et de la lèvre supérieure (muscle des émotions tristes) sera contracté.

L'antagoniste du sphincter des narines est représenté par un petit muscle signalé par Santorini sous le nom de *dilatateur propre des narines*. Ce dernier, attaché d'une part au bord postérieur du cartilage de l'aile du nez, s'insère d'autre part sur la partie correspondante du maxillaire supérieur.

Il y en a, comme toujours, un gauche et un droit. Ces deux petits muscles font pour ainsi dire basculer le cartilage de la narine, la face supéro-externe tend à devenir plus supérieure et le bord inférieur tend à se porter en dehors.

L'orifice des narines alors se dilate.

Troisième groupe.

Le groupe inférieur des muscles de la face, ou troisième groupe, est celui qui comprend le plus grand nombre de muscles. Relativement volumineux, ils commandent aux mouvements de l'orifice buccal. Là encore nous rencontrons la disposition déjà vue dans les groupes précédents, c'est-à-dire, l'existence d'un système obturateur ou sphinctérien et d'un système de fibres divergentes et dilatatrices.

Le sphincter est représenté par l'ensemble des muscles *labiaux* ou *orbiculaires des lèvres*. Avec Winslow nous en considérerons un supérieur et un inférieur.

Leurs extrémités externes, confondues entre elles, enchevêtrées, complètent, par leur union, l'anneau musculaire péri-buccal.

Compris dans l'épaisseur des lèvres, ils présentent une largeur assez considérable et on pourrait, au point de vue de leur fonctionnement, leur décrire une zone marginale et une zone périphérique. Cette dernière, en se contractant, transforme l'orifice en canal, projette en avant le bord libre des lèvres, qu'elle éverse notamment à la lèvre inférieure. La première, au contraire, ferme les bords de l'ouverture, pince les lèvres et les applique contre les arcades dentaires.

Autour de cet anneau circulaire est un système rayonné de fibres qui contrebalance son action. On peut dire que chaque point de la circonférence de l'orifice buccal peut être soustrait à la contraction générale, ou tout au moins à l'occlusion par tonicité musculaire. Et tout d'abord, dépendant des orbiculaires, on décrit de petits faisceaux verticaux et obliques, les uns supérieurs, les autres inférieurs.

Les premiers, partis de la muqueuse, se dirigent verticalement vers la sous-cloison et obliquement vers la fossette myrtiliforme, de chaque côté de la ligne médiane.

De même, parmi les faisceaux inférieurs nous trouvons des faisceaux accessoires du sphincter détachés de chaque côté de la symphyse mentonnière.

La direction même de ces fibres indique le rôle qu'elles doivent jouer : ce sont elles, en effet, qui lors de la contraction du sphincter, éversent les bords rapprochés de l'orifice buccal et participent ainsi à l'action de siffler, souffler et d'embrasser (*musculus osculatorius*).

Le système périssphinctérien de fibres rayonnantes, que nous avons vu ébauché par les fibres accessoires supérieures et inférieures du sphincter, est plus développé à mesure qu'on s'éloigne de la ligne médiane, et les fibres groupées peuvent être considérées comme de véritables petits muscles.

Le muscle *élevateur commun de l'aile du nez et de la lèvre supérieure*, dont nous avons déjà parlé plus haut, continue, par son faisceau labial d'insertion, le plan des fibres rayonnantes du sphincter buccal; il est placé en dehors des petits faisceaux accessoires supérieurs de l'orbiculaire supérieur.

Inférieurement, le *carré du menton* joue le même rôle. De plus, grâce à son insertion cutanée inférieure, il peut élever la peau du menton; ce en quoi il est aidé par un petit muscle vertical et situé de chaque côté de la ligne médiane, la *houppes du menton*, qui lui aussi par quelques fibres très faibles, se prolongeant à la face profonde de la muqueuse de la lèvre inférieure, peut apporter son aide aux fibres accessoires de l'orbiculaire inférieur pour projeter et retourner en dehors la lèvre inférieure.

L'*élevateur propre de la lèvre supérieure*, plus volumineux que l'élevateur commun, continue le plan des fibres radiées du sphincter.

Son insertion inférieure à la face profonde de la lèvre est en dehors de celle du faisceau de l'élevateur commun.

Il élève la portion moyenne de la lèvre, et sa contraction donne un aspect de tristesse à la physionomie. C'est, dit

Duchenne (de Boulogne); le muscle des émotions tristes.

Le muscle *canin*, inséré sur la partie la plus élevée de la fosse canine, au-dessous du trou sous-orbitaire, constitue sous les muscles élévateurs de la lèvre supérieure un plan profond dont les fibres sont dirigées en bas et en peu en dehors, vers la commissure où elles semblent se confondre avec les différents faisceaux de l'orbiculaire et du grand zygomatique. Il attire en haut et un peu en dedans la commissure.

Il semblerait même se continuer avec les fibres du muscle triangulaire dont nous allons parler, mais cette continuité n'est qu'apparente, comme le démontrent les expériences électro-physiologiques de Duchenne (de Boulogne).

A la lèvre inférieure, faisant pendant à l'élévateur propre, est le muscle *triangulaire des lèvres*, qui abaisse la portion moyenne de la lèvre et continue sur la circonférence buccale l'action commencée sur la ligne médiane par la houppe du menton et plus latéralement par les carrés.

Le mouvement d'abaissement de la lèvre inférieure de chaque côté du triangulaire est produit par les fibres des extrémités de l'orbiculaire, devenues obliques.

Remarquons en outre que l'abaissement de la lèvre inférieure est moins prononcé que l'élévation de la lèvre supérieure et qu'il s'accompagne d'un éversement très marqué.

La lèvre inférieure appartenant à l'os maxillaire inférieur, qui est mobile et peut s'abaisser en l'entraînant, n'a pas, en effet, besoin d'avoir des moyens de déplacement aussi nombreux que la lèvre supérieure, qui est insérée sur l'os maxillaire supérieur immobile.

C'est pourquoi nous allons trouver à la lèvre supérieure trois muscles plus externes et plus obliques que les élévateurs et qui vont agrandir le plan des fibres rayonnantes dilatatrices du sphincter buccal, jusqu'à la ligne horizontale où nous verrons intervenir un dernier muscle dont l'action

est destinée à allonger le diamètre transversal de la fente buccale.

Ces trois muscles sont : le *petit zygomatique*, le *grand zygomatique* et le *risorius de Santorini*.

Tous trois se rendent à la muqueuse buccale presque au même point, près de la commissure, mais ils viennent de points relativement éloignés les uns des autres, ce qui leur donne une direction et par conséquent une action différentes.

Le *petit zygomatique*, quoique oblique de bas en haut et d'avant en arrière, est assez rapproché de la verticale pour que son action concorde avec celle des élévateurs, et, comme le fait remarquer Duchenne (de Boulogne) « loin de s'associer au grand zygomatique pour concourir à l'expression des sentiments gais, il s'associe au contraire aux deux élévateurs pour exprimer la tristesse dans toutes ses nuances, un simple attendrissement lorsqu'il se contracte à peine, une douleur vive accompagnée de larmes lorsque ses contractions deviennent plus énergiques ».

Comme le précédent, sur la face externe de l'os malaire, mais plus en dehors et en arrière, plus horizontal par conséquent, s'attache le *grand zygomatique*.

Il attire en haut et en dehors la commissure des lèvres. Quoique son obliquité ne soit pas beaucoup plus considérable que celle du petit zygomatique, le grand zygomatique produit par sa contraction un résultat tout différent.

C'est maintenant la joie à tous ses degrés et dans toutes ses nuances.

C'est le seul, dit Duchenne (de Boulogne), qui exprime complètement la joie, depuis le simple sourire jusqu'au rire le plus fou.

Enfin, le troisième muscle, presque complètement horizontal celui-là, attire en arrière la commissure.

Le *risorius de Santorini* dépend du peucier du cou, dont il

représente les faisceaux supérieurs, souvent indépendant du reste du muscle mais pouvant parfois se confondre avec lui d'une façon intime.

Il naît en arrière par un ou plusieurs faisceaux du tissu cellulaire qui recouvre la région parotidienne; il irait même jusqu'au sterno-mastoïdien.

Son action s'associe à celle du grand zygomatique pour provoquer le sourire et à celle du buccinateur pour agrandir le diamètre transversal de la bouche.

Le *peaucier de la face et du cou* continue le plan du risorius de Santorini. Il s'insère en bas, au tissu cellulaire sous-cutané des régions sous-claviculaire et acromiale. La direction de ses faisceaux est oblique en haut et en dedans. En haut, ce muscle s'attache à la face profonde de la peau de la région mentonnière par ses faisceaux internes entrecroisés sur la ligne médiane; au tiers inférieur de la ligne oblique du maxillaire, par ses fibres moyennes qui s'entrecroisent au niveau de leur insertion avec les faisceaux d'origine du triangulaire des lèvres; enfin, les fibres externes vont jusqu'à la peau de la commissure labiale. Les fibres les plus supérieures sont souvent contiguës à celles du risorius de Santorini. Ce muscle atrophié chez l'homme, attire en bas la peau du menton et la lèvre inférieure: c'est, dit Cruveilhier, le muscle des expressions tristes, de la colère, de la terreur et de la souffrance.

Enfin, le plus profond des muscles est le *buccinateur*. Il est plat, disposé en éventail et naît en arrière sur une longueur de plusieurs centimètres. Ses fibres convergent vers la commissure des lèvres où elles s'entremêlent avec les fibres des orbiculaires. Les fibres moyennes sont tout à fait horizontales, les fibres supérieures et inférieures sont obliques.

Il agrandit la fente buccale en tirant les commissures en arrière. Son action principale est de comprimer l'air accumulé dans la bouche et de le chasser doucement ou violem-

ment suivant la force de ses contractions (buccinare == jouer de la trompette), et encore de ramener entre les arcades dentaires les aliments destinés à être triturés.

Un mot seulement pour signaler les muscles des mâchoires dont le but principal est la mastication, mais qui, dans certains cas jouent un rôle dans la mimique. Tel est le masséter, dont on voit les faisceaux saillir sous la peau chez les personnes maigres qui serrent violemment ou convulsivement les arcades dentaires les unes contre les autres. Tels sont encore les muscles qui fournissent des mouvements de latéralisation à la mâchoire inférieure dans l'action de grincer des dents par exemple, et encore les muscles abaisseurs de cette mâchoire, dans l'ouverture violente de la bouche.

L'étude précédente des muscles de la face, incomplète au point de vue anatomique, a pour but de montrer qu'autour des différents orifices de la face : les yeux, le nez, la bouche, se trouvent à la fois un sphincter constricteur et un plan rayonné de fibres dilatatrices, plan plus ou moins complet dans toute sa périphérie.

Il y a, d'autre part, comme nous l'avons vu, une prédominance des fibres rayonnées élévatrices.

Les sphincters des yeux et de la bouche donnent l'occlusion absolue, celui des narines est peu développé. Dans l'échelle animale, on trouve ce sphincter beaucoup plus parfait, et chez l'otarie par exemple, l'orifice nasal jouit d'un sphincter assez puissant pour provoquer le rapprochement total des narines et leur contact de chaque côté de la cloison du nez.

Tout cet appareil musculaire est mis en mouvement par des filets des nerfs craniens des III^e, IV^e, V^e, VI^e et VII^e paires.

Les nerfs sympathiques viennent du cordon cervical du

nerf et accompagnent chacune des branches de division de l'artère carotide externe.

D'autres arrivent par l'intermédiaire des artères de la base du crâne et proviennent de deux cordons qui ont pénétré dans la cavité crânienne en même temps que le tronc de la carotide interne.

C'est par l'intermédiaire de ces différents rameaux nerveux, soit sensitifs, soit sympathiques, que se produisent les effets émotifs que l'on remarque du côté de la face; mais cette action ne fait que se transmettre aux vaisseaux et provient de différents centres nerveux.

L'action qui agit pour produire l'émotion se passe dans la protubérance annulaire, ainsi que l'a démontré Vulpian.

C'est là que se produit le phénomène sous la dépendance duquel surviennent des modifications vasculaires, consistant tantôt en une exagération, tantôt en une cessation plus ou moins complète du tonus des vaisseaux. Lorsque la rougeur émotive survient, elle succède à une paralysie du tonus, tandis que la pâleur est sous la dépendance d'une exagération de ce même tonus vasculaire.

Pour les muscles de la face, dit M. le Dr Rosenbach¹, il faut distinguer, en outre des mouvements volontaires et des mouvements réflexes proprement dits, les mouvements de la mimique. La paralysie peut exister pour ces derniers mouvements, alors que pour les mouvements volontaires le fonctionnement reste normal.

Charles Bell a, le premier, attiré l'attention sur ce fait, et a cité l'observation d'un malade pouvant, sous l'influence de la volonté, faire fonctionner les muscles innervés par le facial, alors que dans les expressions mimiques (rires ou pleurs) la fonction de ces mêmes muscles paraissait complètement abolie.

1. Innervation des mouvements mimiques (*Neurologische Centralblatt*, 1886).

Le fait inverse (paralysie des mouvements volontaires avec conservation des mouvements mimiques dans le territoire du nerf facial) a été signalé par Magnus.

Strohmeyer a rapporté un cas semblable à celui de Bell.

Nothnagel, cherchant à expliquer ces faits, a émis l'hypothèse suivante : dans les cas de paralysie des mouvements volontaires du facial avec intégrité des mouvements mimiques, il y a lieu de conclure à l'intégrité de la couche optique; dans les cas contraires (paralysie mimique avec conservation des mouvements volontaires), il y a lieu de croire à une lésion de la couche optique.

Des recherches expérimentales de Betcherew ont établi depuis que la couche optique est le centre des mouvements mimiques (non volontaires) et ont ainsi confirmé l'hypothèse de Nothnagel.

Nous avons dit, à propos de chaque muscle, un mot de leur action; nous ajouterons à la fin de ce chapitre, pour être plus complet, le tableau de la physiologie des muscles de la face d'après Duchenne (de Boulogne). Ses recherches sont basées principalement sur des expériences électrophysiologiques, et quoique pratiquement aucun muscle ne se contracte isolément, théoriquement il est utile de connaître ce en quoi chaque muscle peut participer à la production d'un mouvement physionomique.

Duchenne distingue les muscles en trois catégories.

Les uns sont complètement expressifs; ils sont au nombre de quatre.

Les autres sont complètement expressifs ou expressifs complémentaires.

Il en compte seize.

Enfin, deux muscles ne sont pas expressifs.

Première catégorie.

Frontal.	est le muscle de l'attention,
Orbiculaire palpébral supérieur	— — la réflexion,
Sourcilier.	— — la douleur,
Pyramidal du nez.	— — l'agression.

Deuxième catégorie.

Grand zygomatique.	ou muscle de la joie,
Petit zygomatique.	— du pleurer modéré,
Élévateur propre de la lèvre supérieure.	— du pleurer,
Élévateur commun du nez et de la lèvre supérieure.	— du pleurer à chaudes larmes,
Transverse du nez.	— de la lubricité,
Buccinateur	— de l'ironie,
Triangulaire des lèvres	— de la tristesse, du dégoût (complémentaire de l'agression),
Houppes du menton.	ou muscle du dédain, du doute,
Peaucier.	— de la frayeur, de l'effroi (complémentaire de la colère),
Carré du menton	complémentaire de l'ironie et de l'agression,
Dilatateur des narines.	— des passions violentes,
Masséter	— de la fureur,
Palpébraux.	ou muscles du mépris (complémentaires du pleurer),
Orbiculaire palpébral inférieur.	ou muscle de la bienveillance (complémentaire de la joie franche),
Orbiculaire { Fibres excentriques	complémentaires du dédain,
des lèvres { — concentriques.	— des passions méchantes.

Les muscles moteurs des yeux, lorsqu'ils portent le regard :

En haut	sont complémentaires du souvenir,
Obliquement en haut et latéralement.	— de l'extase et du délire sensuel,

Obliquement en bas et latérale-	
ment.	sont complémentaires de la dé-
	fiance et de la frayeur.
En bas.	sont complémentaires de la tris-
	tesse et de l'humilité.

Troisième catégorie.

Les muscles canin et auriculaires ne donnent pas d'expression.

CHAPITRE II

DE LA PHYSIONOMIE NORMALE

Joh. Müller, un des physiologues les plus éminents de l'Allemagne, dit dans la *Physiologie des Menschen* (Vol. II, p. 92) : « Les rapports des muscles de la face avec les différentes passions sont absolument inconnus.... » ; cependant, si nous étudions les déplacements des traits normaux de la face, la formation des plis ou des rides suivant que telle ou telle passion est excitée, nous pourrions, avec quelque assurance, par la connaissance de l'anatomie, conclure que tel ou tel mouvement est produit par tel muscle, tel autre par un muscle différent. Est-ce à dire que chaque muscle donne lieu à un mouvement correspondant à chaque sensation, à chaque émotion ? Chacun des muscles de la face agit-il séparément ? Nous pouvons conclure *a priori* que cela est impossible.

En effet, l'étude anatomique précédente nous a montré qu'il n'y a pas à proprement parler de masses musculaires dans la face, mais des épaisissements, des accumulations de fibres musculaires, dans certains plans plus développés que les fibres voisines, dont l'action, chez l'homme du moins, était moins nécessaire et moins habituelle.

Il s'est passé là ce qui se passe dans tout le système musculaire, où les fibres s'atrophient quand leur fonction diminue ou disparaît et se développent quand leur fonction augmente.

L'hérédité en détruit que l'habitude ou le besoin fait reparaitre. La grande loi biologique, qui dit que tout organe qui ne fonctionne pas s'atrophie, suppose immédiatement et nécessairement la loi suivante que tout organe qui fonctionne se développe. Beaucoup d'animaux par exemple ont un peaucier très étendu, pouvant déplacer tout ou partie de leur surface cutanée.

L'habitude des jeux de physionomie volontaires développe considérablement chez l'acteur une grande mobilité de la face.

Les déplacements des cartilages de nos oreilles sont très minimes comparativement à ceux qu'on observe chez certains animaux, le cheval par exemple, qui peut porter l'ouverture du pavillon dans toutes les directions du bruit qui le frappe.

Enfin, on a vu des hommes qui, privés de leurs bras, arrivent à transformer les mouvements si limités des pieds en mouvements assez étendus pour aller jusqu'à la préhension.

On peut donc supposer dans la face, par exemple, un plan de fibres de toutes directions nécessaires pour faire fonctionner les différents orifices.

Si certaines fibres sont groupées et suffisamment développées pour mériter le nom de muscle et avoir une autonomie, d'autres, plus faibles, plus disséminées et cependant voisines des précédentes, peuvent agir à un moment donné sans que ce soit uniquement tel muscle qui agisse, mais aussi telle partie intermédiaire, entre ce premier muscle et son voisin.

D'autre part, la peau de la face étant très mobile, il faut que, dans certains cas, des muscles antagonistes immobilisent un point de la peau pour que d'autres muscles placés dans une direction opposée puissent agir par leur contraction.

On peut donc déduire de ce qui précède que dans le jeu de la physionomie un mouvement n'est produit que par la

contraction d'un groupe de muscles, ou, pour parler plus exactement, d'un groupe de fibres musculaires.

Quelque nombreux que soient les muscles de la face, on ne conçoit pas cette variété de mouvements physionomiques que nous possédons, si l'on n'admet pas que les muscles agissent soit totalement, soit partiellement, soit en communauté.

La peau de la face présente un nombre variable de plis et de sillons dont quelques-uns existent dès le moment de la naissance; d'autres, au contraire, et les plus nombreux, ne surviennent que plus tard.

Ces plis sont dus à ce que des muscles ont leurs insertions mobiles à la face profonde de la peau à ce niveau.

Les sillons permanents, comme le sillon naso-génien, le sillon périmentonnier, doivent de plus leur origine à ce que les fibres musculaires qui s'insèrent à la face profonde de la peau s'attachent directement sur les parties osseuses avoisnantes et se sont entrecroisées en différents sens au niveau du pli cutané.

Les plis qui surviennent dans l'âge adulte et qui restent permanents sont dus à la répétition fréquente de certains mouvements d'expression. Ils sont marqués plus ou moins lorsque le sujet est gras. Lorsque, au contraire, le sujet maigrit, ces plis deviennent des rides plus ou moins profondes, par suite la physionomie habituelle de l'individu s'accroît.

Certains traits du caractère correspondant à l'exercice des fonctions de ces muscles sont ainsi révélés. C'est sur ces faits que se base l'art ancien de la physiognomonie à laquelle Lavater a consacré dix volumineux in-quarto.

Les caractères rieurs ont de bonne heure la patte d'oie. La mélancolie habituelle se caractérise plus particulièrement par un abaissement des commissures labiales et par des rides qui en partent, etc.....

C'est sur cette donnée que repose toute entière la *science* de la physionomie, telle que l'avait conçue Duchenne (de Boulogne), à la suite de ses recherches électro-physiologiques sur l'action des différents muscles de la face.

Parmi les rides du visage, les unes créées de bonne heure, fréquemment reformées, car elles dépendent de muscles fréquemment contractés, persistent. Telles sont les rides horizontales du front, les rides verticales inter-sourcilières et les rides de la patte d'oie dont nous venons de parler.

Les autres expriment des sentiments passagers, peu fréquents, et ne persistent pas, en général. Telles sont les rides qui sont formées par les muscles dont la contraction trahit les sentiments de la fureur, de la tristesse, du mépris, de l'extase.

Ce sont celles-là qui, par leur permanence inaccoutumée, donnent à certains aliénés leur facies caractéristique.

Joignez à ces expressions de la physionomie, l'attitude correspondante, les gestes complémentaires, et vous obtiendrez un type complet traduisant un sentiment, une émotion.

L'aliéné, comme l'homme sain, est soumis aux grands principes fondamentaux de l'expression.

Il conserve les expressions par mouvements associés instinctifs habituels qui sont, comme le dit Darwin, souvent héréditaires, et diffèrent peu des actions réflexes.

D'autres mouvements aussi sont souvent très expressifs et dépendent de la volonté; mais quand la puissance intellectuelle est affaiblie, d'une façon temporaire ou permanente, les muscles volontaires font défaut avant les muscles involontaires.

Sir Ch. Bell, dans les *Philosophical transactions* (p. 132), le fait aussi remarquer : « Lorsqu'une affection du cerveau produit de la faiblesse, son influence se fait sentir davantage sur les muscles qui sont, à l'état normal, placés sous l'empire le plus immédiat de la volonté. »

Nous classerons les sentiments et, par suite, les expressions physionomiques, en quatre grands groupes :

I. Les sentiments attractifs ou de sympathie.

II. Les sentiments répulsifs ou d'antipathie.

III. Les sentiments de bonheur.

IV. Les sentiments de malheur.

Nous avons fait cette classification pour faciliter l'étude et la description des manifestations physionomiques et surtout parce qu'il nous a paru qu'il y avait beaucoup de point, communs, de liens de parenté si l'on veut, entre certaines physionomies exprimant les différentes variations d'un même sentiment fondamental.

Les *sentiments attractifs ou de sympathie* établissent une communication avec *attriance* entre l'être percevant et la cause de la perception.

Ce sont :

l'attente,	l'admiration,
l'attention,	l'amour,
la réflexion,	l'extase.
le désir,	

Les *sentiments répulsifs ou d'antipathie* indiquent une tendance à la séparation de l'être percevant et de la cause de la perception.

Ce sont :

la distraction,	la colère,	la frayeur,
la surprise,	la fureur,	l'angoisse,
le dédain,	la crainte,	la terreur,
l'orgueil,	la peur,	la honte,
la mauvaise humeur,	l'horreur,	la culpabilité.

Les *sentiments de bonheur* indiquent la santé physique et morale et se traduisent par

le sourire,
la gaieté,
la joie
et le rire dans toutes ses manifestations.

Les *sentiments de malheur* indiquent la souffrance physique et morale et se traduisent par

le mécontentement, la douleur,
l'abattement, les pleurs.

ARTICLE I

Sentiments attractifs ou de sympathie.

A quelque groupe qu'appartienne un sentiment, nous le trouverons toujours composé de plusieurs éléments. Il n'est donc pas indivisible, indécomposable. Sans doute, et c'est ce qui fait que nous avons tenté de les grouper, quelques-uns ont des caractères communs, ou tout au moins un; mais nous verrons se grouper autour de ce point fondamental d'autres phénomènes qui donneront aux sentiments leur cachet particulier et les différencieront les uns des autres.

Un exemple fera mieux comprendre.

L'admiration peut être considérée comme se composant de l'élément surprise auquel viendraient se joindre en tout ou en partie les phénomènes attention et désir.

La surprise se caractérise par la faible ouverture de la bouche. La lèvre inférieure s'abaisse plutôt par relâchement de la tonicité de la zone marginale du sphincter labial que par contraction de ses muscles abaisseurs, tandis que la zone

périphérique de ce même sphincter, en se contractant légèrement, porte un peu les lèvres entr'ouvertes en avant.

Les yeux sont ouverts et les sourcils légèrement élevés.

L'attention, caractérisée par la contraction du muscle sourcilier, ne se manifeste que partiellement, et l'on ne constate que le léger rapprochement des angles internes des sourcils.

Enfin, l'élément désir intervenant, se traduit par un mouvement de la tête qui s'approche de l'objet qui provoque l'admiration.

Si l'un de ces différents phénomènes prend une importance prépondérante, on pourra avoir différentes nuances dans le jeu de physionomie exprimant ce sentiment.

De même, cette mimique variera suivant que le mobile, la cause est de nature gaie ou empreinte d'une idée belle, grandiose, courageuse, réjouissant les sens ou attristant l'esprit.

Chez les natures primitives dont l'intelligence, ou mieux, l'éducation intellectuelle est peu développée, l'admiration se manifeste d'une autre façon que chez les individus d'esprit cultivé.

En outre, l'ensemble de la physionomie admirative variera suivant que tel sens ou tel autre aura transmis l'objet de la sensation.

Quoique un des caractères de la mimique de l'admiration soit d'ouvrir largement les yeux, on peut voir des individus les fermer, tout en conservant le facies de ce sentiment, lorsque le sens de l'ouïe, comme dans la musique par exemple, reçoit les vibrations destinées à nous ravir.

Cependant, même dans ce dernier cas, persisteront les caractères fixes de cette émotion : c'est-à-dire, la légère contraction des muscles sourciliers, moins forte que dans l'attention, la légère élévation des pommettes moins prononcée que dans le rire, le léger élargissement consécutif du visage, moins considérable que dans la figure épanouie du grand bonheur et surtout l'entr'ouverture de la bouche.

De l'admiration, voyez comme il faut peu de chose pour passer aux sentiments voisins.

Dans l'extase par exemple, les yeux et la bouche sont ouverts mais là, l'élévation des sourcils est plus prononcée, pour permettre aux paupières de s'élever davantage.

La bouche est plus largement ouverte, mais encore, bien plutôt par disparition du tonus sphinctérien que par l'action des fibres dilatatrices.

L'entraînement des sourcils en haut nuit à la faible contraction des muscles sourciliers que nous avons constatée dans le sentiment précédent. Il a lieu pour permettre au regard de se porter obliquement, en haut, et latéralement, mouvement qui est, comme le fait remarquer Duchenne (de Boulogne) complémentaire de l'extase et du délire sensuel.

Dans l'extase, nous ne trouvons pour ainsi dire point de contraction énergique, car il y a comme un sentiment particulier qui nuit à toute action volontaire.

De même que devant les grands spectacles de la nature, l'homme souvent se recueille et reste muet, de même l'extase provoquée le plus fréquemment par la contemplation des choses célestes stupéfie le masque, mais sans raideur, et seuls les yeux s'élèvent, subissant une sorte d'attirance.

Au contraire, l'attention, qui est une manifestation de la volonté, se traduit par des actions musculaires et des contractions, partant, des effets physionomiques d'autant plus intenses que l'attention est plus soutenue, plus prolongée, qu'il y a plus d'obstacles à la production de ce sentiment.

Le sourcilier se contracte violemment, ramène l'une près de l'autre les extrémités internes des sourcils et les élève. De profondes rides verticales sillonnent le front sur la ligne médiane.

La réflexion et la méditation procèdent de l'attention. Nous voyons alors le même facies dans ces trois cas et, comme nous venons de le dire, ce facies est principalement

caractérisé par les rides verticales frontales médianes provoquées par la contraction du muscle sourcilier.

Duchenne (de Boulogne), dit Darwin, a appelé ce muscle : le muscle de la réflexion, ce qui n'est pas exact. Le fait principal qu'indique la contraction de ce muscle est plutôt la présence d'un obstacle à vaincre et qu'il faut franchir.

Il existe bien, en somme, cet obstacle dans la réflexion, puisqu'il faut, pour que la réflexion soit complète, suppression de tout ce qui peut détourner l'attention et l'action de l'intelligence sur la connaissance acquise.

Le sourcilier serait alors plutôt le muscle du facies de la résistance ou de la volonté.

Dans toutes les races, les hommes froncent les sourcils quand ils ont l'esprit perplexe pour une cause quelconque.

Comme le fait remarquer Sir Ch. Bell, ce froncement donne habituellement à la physionomie une expression d'énergie intellectuelle, et Darwin se range à son opinion en faisant remarquer qu'une méditation profonde ne peut être poursuivie longtemps sans quelque difficulté et qu'elle s'accompagne en général du froncement des sourcils.

Dans le phénomène attention, le regard doit être clair et vif, ou bien dirigé en bas, ce qui a souvent lieu dans la réflexion profonde.

Darwin ajoute plus bas que dans la méditation, qu'il décrit d'ailleurs dans le même paragraphe que la distraction, les sourcils ne se froncent pas et que le regard semble errer dans le vide.

Nous ne croyons pas qu'il y ait analogie entre le facies de la distraction et celui de la méditation.

Bien loin de là. La méditation se rapproche singulièrement de l'attention, tandis que la distraction s'en éloigne.

S'il est compréhensible que le facies de la distraction diffère de celui de l'attention, que le sourcilier ne soit pas con-

tracté et que le regard semble errer, il est illogique de croire qu'il en soit ainsi dans la méditation.

L'attention recueille des matériaux, la méditation les étudie. L'attention suppose un phénomène extérieur au moi; la méditation, le contraire; elle analyse les sensations reçues; c'est une réflexion prolongée avec une plus grande intervention de l'intelligence, un travail plus pénible.

Il y a lutte, car il y a obstacle, et Darwin, pour être d'accord avec le rôle qu'il attribue au sourcilier, devait indiquer la contraction des sourcils comme dans l'attention. C'est en effet ce qui a lieu.

La méditation sans contraction des sourciliers est la rêverie, parente bien proche de la distraction.

Il y a cependant une différence entre l'attention et la méditation. Dans les deux cas, le sourcilier est contracté, mais le regard est bien différent et par suite l'expression physiionomique.

Comme nous le disions plus haut, l'attention exige un phénomène extérieur, et dans ce but nous adaptons nos sens de façon à le mieux saisir. Si le phénomène est visible, nos yeux sont très ouverts et notre regard clair et fixe. S'il est perçu par l'ouïe, par exemple, on observe la tension de la tête et quelquefois même du corps vers la cause de la sensation. Les yeux, dans ce cas, peuvent se fermer pour ne point apporter de distraction aux sensations auditives, souvent ils restent ouverts et le regard est fixe vers un point sans intérêt.

Dans la méditation, si les yeux sont ouverts, le regard est vague. Le plus souvent ils sont fermés.

Nous verrons plus tard combien ces différences sont marquées chez l'aliéné dont les sentiments sont généralement excessifs par rapport à l'état normal.

Chez le mélancolique par exemple, où l'attention a perdu beaucoup de sa puissance, c'est surtout dans l'attitude médi-

tative qu'on le voit, alors que chez le persécuté simple, le phénomène attention est exagéré. Il cherche à surprendre des voix ou des gestes en rapport avec son délire, il est tout yeux, tout oreilles.

Dans la classification des muscles de la face, donnée par Duchenne (de Boulogne) au point de vue physiologique, cet auteur n'attribue plus au sourcilier l'expression de l'attention, mais celle de la douleur, ce qui supposerait : obstacle. Il se range donc à un avis proche de celui de Darwin. C'est au frontal qu'il attribue le premier rôle dans le facies attentif, et il fait de l'orbiculaire palpébral supérieur le muscle de la réflexion.

L'orbiculaire peut être à un certain point de vue considéré comme muscle de la réflexion, en ce sens que si le sourcilier provoque l'attention, le muscle qui, par son adjonction, augmentera son action, tel l'orbiculaire supérieur, provoquera une attention plus forte, plus soutenue, qui est la réflexion.

Nous ne croyons pas que le frontal soit le muscle de l'attention mais plutôt celui de l'étonnement, de la surprise.

Parmi les sentiments attractifs nous avons rangé l'amour. Nous aurions pu le classer parmi les sentiments de bonheur, mais il nous a paru qu'il pouvait être un sentiment pénible et que son caractère particulier reposait surtout sur le phénomène d'attraction entre deux êtres.

Rien n'est plus difficile à caractériser au point de vue physionomie ou mimique, que ce sentiment, sauf cependant lorsqu'il se manifeste avec intensité.

En général, c'est une résultante de tant de sentiments divers, que cette émotion n'a vraiment pas de caractères propres. C'est un mélange d'admiration et d'extase auquel se mêle soit le rayonnement du bonheur ou l'empreinte de la tristesse.

Chez l'aliéné dont les manifestations psychiques sont

plus violentes et chez lequel, en outre, les sentiments d'amour sont souvent déviés, nous verrons qu'à quelques symptômes on pourra dans certains cas juger de l'existence ou non de ce sentiment. Chez l'individu normal, on ne peut deviner les sentiments affectifs que lorsqu'ils sont exaspérés ou contrariés; dans les deux cas, ils touchent de bien près aux phénomènes que nous rencontrons chez les malades. Nous y reviendrons plus tard.

ARTICLE II

Sentiments répulsifs ou d'antipathie.

Nous opposerons maintenant aux sentiments attractifs que nous venons d'étudier, les sentiments répulsifs ou d'antipathie. Beaucoup de ces derniers supposent l'existence d'une lutte ou d'une résistance. Là, nous verrons apparaître le froncement des sourcils, rencontré déjà dans l'attention, justifiant ainsi l'opinion de Darwin.

Mais ces sentiments répulsifs n'indiquent-ils pas un peu la souffrance? la douleur? On comprend alors pourquoi le sourcilier se contracte, ce muscle qui, de l'avis de Duchenne (de Boulogne), est le muscle complètement expressif de la douleur.

Nous diviserons ces sentiments répulsifs en deux catégories. L'une contiendra ceux qui résultent de l'extériorisation du moi, comme la crainte, la colère et les sentiments qui s'y rattachent; l'autre comprendra ceux qui se passent dans le moi, comme la honte et la culpabilité.

Le sentiment minimum de la première catégorie, la surprise, peut, il est vrai, être agréable et par cela même

rentrer dans la classe des sentiments de bonheur. D'autre part, il peut être le début de la crainte. Toujours il se traduit par un temps d'arrêt, un moment de suspension des sentiments antérieurs.

C'est un sentiment passager qui s'efface vite pour faire place au sentiment qui doit lui succéder.

La surprise se dessine par l'ouverture de la bouche et des yeux. Les lèvres se transportent un peu en avant et souvent même toute la face se déplace dans ce sens. Les sourcils s'élèvent légèrement; si le sentiment est prononcé, on voit apparaître les contractions du frontal et par suite des rides transversales.

Dans l'attention, les sourcils s'élèvent mais rarement assez pour provoquer des rides horizontales visibles.

La bouche largement ouverte avec sourcils légèrement élevés produit une grimace sans signification, comme l'a démontré Duchenne (de Boulogne), dans une de ses photographies (mécanisme de la physionomie, *Alb.*, 1862, p. 42).

Une autre photographie du même auteur représente un vieillard dont les sourcils sont relevés et arqués par la galvanisation du muscle frontal, la bouche étant d'ailleurs ouverte volontairement. Cette figure exprime la surprise avec une vérité saisissante.

Darwin fait remarquer que la bouche n'est pas toujours ouverte, et que souvent aussi la surprise se manifeste en portant les lèvres un peu en avant: on retrouve ce fait, dit-il, quoique beaucoup plus marqué, chez le chimpanzé et l'orang, quand ces animaux sont frappés d'étonnement.

Une personne surprise lève souvent les mains ouvertes au-dessus de la tête; ou bien, croisant ses bras, elle les porte à la hauteur de son visage. Peut-être ces mouvements sont-ils des actes instinctifs de défense, la surprise provoquant chez un individu un vif changement d'état qui n'a pas lieu sans une certaine souffrance.

La face palmaire des mains se dirige vers la personne qui provoque l'étonnement; les doigts sont étendus et séparés.

Dans la *Cène* de Léonard de Vinci, on voit deux apôtres, qui, les bras levés, manifestent très clairement leur surprise.

Dans ce cas, cependant, on pourrait expliquer ce geste par l'admiration que provoque le langage divin du Christ.

Huschke décrit (*Mimices et physionomices*, 1821, p. 18) un geste un peu différent, mais pourtant de nature analogue, qui, dit-il, accompagne chez certains individus l'expression de l'étonnement. Les individus se tiennent droits, les traits du visage tels qu'ils ont été décrits ci-dessus, mais en étendant les bras en arrière et séparant les doigts les uns des autres.

Si la surprise se transforme en crainte, les yeux et la bouche restent largement ouverts et les sourcils se relèvent davantage encore. Le corps est immobile, l'individu retient son souffle comme pour cacher sa présence, ou bien cherche à se dérober. La fixité du regard augmente, cherchant l'ennemi, le sourcilier tend à se contracter et à former des plis verticaux (attention) mais l'extrême tension du frontal nuit à son action.

Si la crainte augmente, le cœur bat avec rapidité et violence, la poitrine se soulève; cependant la face pâlit.

M. Stuart, l'explorateur bien connu de l'Australie, a donné (*The polyglott news letters*, Melbourne, déc. 1858, p. 2) une relation frappante de l'effroi stupéfié, mêlé de terreur, que ressentit en l'apercevant un indigène qui n'avait jamais vu un homme à cheval. M. Stuart s'étant approché de lui sans être aperçu, et l'ayant appelé d'une petite distance : « Il se retourna, dit-il, et m'aperçut. Je ne sais ce qu'il supposa que je pouvais bien être; toujours est-il que je n'ai jamais vu une personnification plus saisissante de la crainte et de l'étonnement. Il s'arrêta, incapable de remuer un membre, cloué sur place, la bouche ouverte et les yeux fixes... »

Il n'y a qu'un pas à franchir pour passer de la crainte aux sentiments plus prononcés, excessifs et même maxima, qu'on appelle frayeur, terreur, angoisse, qui sont presque synonymes et, quoiqu'on puisse les considérer comme indiquant simplement des nuances dans ces différents états, se traduisent par des mouvements de la physionomie, analogues entre eux.

La peau pâlit¹, les poils se hérissent, le corps est en tension extrême, le cœur tantôt bat précipitamment, tumultueusement, tantôt s'arrête, et la défaillance survient.

La respiration, haletante, se fait difficilement et cette gêne se traduit par un battement des ailes du nez et l'extrême dilatation des narines, phénomène constant dans toutes les gênes respiratoires.

Les glandes salivaires agissent imparfaitement, la bouche devient sèche; elle s'ouvre et se ferme fréquemment.

L'un des symptômes les plus caractéristiques de la frayeur est le tremblement qui s'empare de tous les muscles du corps, et qui s'aperçoit en premier lieu sur les lèvres. Ce tremblement, aussi bien que la sécheresse de la bouche, altère la voix, qui devient rauque ou indistincte, ou disparaît complètement :

Obstupui, steteruntque comæ, et vox faucibus hæsit.

On trouve dans le livre de Job une description remarquable et bien connue de la frayeur : « Dans les pensées issues des visions de la nuit, lorsqu'un sommeil profond est tombé sur les hommes, la peur vint sur moi, et un tremblement qui faisait claquer tous mes os. Alors, un esprit passa devant ma face; le poil de ma chair se hérissa. Je m'arrêtai,

1. SHAKESPEARE (*Macbeth*, Act. III, sc. IV) : « Vous me comblez de stupéfaction, même dans l'état d'esprit où je me trouve, en pensant que vous pouvez contempler de tels spectacles et conserver sur vos joues l'incarnat naturel, tandis que les miennes sont blanches de frayeur. »

mais je ne pus distinguer sa forme : une image était devant mes yeux et au milieu du silence, j'entendis une voix disant : « L'homme mortel sera-t-il plus juste que Dieu ? un homme sera-t-il plus pur que son Créateur ? » (Job, vi, 13.)

N'est-ce pas là un type de cauchemar avec hallucinations terrifiantes de la vue compliquées d'hallucinations auditives ? Mais ce n'est pas tout. Il se produit, dit Sir Ch. Bell, en outre du mouvement convulsif des lèvres, un tremblement des joues qui se creusent, une constriction douloureuse de la gorge.

Les yeux découverts et saillants sont fixés sur l'objet qui provoque l'émotion ou bien roulent incessamment d'un côté à l'autre.

Huc illuc volveas oculos totumque pererrat.

Les pupilles sont, paraît-il, prodigieusement dilatées et l'œil plus noir. Tous les muscles du corps deviennent rigides, ou sont pris de convulsions. Les mains s'ouvrent et se ferment alternativement, souvent avec des mouvements brusques. Les bras se portent parfois en avant, comme pour écarter quelque horrible danger, ou bien se lèvent tumultueusement au-dessus de la tête.

Dans l'horreur, on rencontre les deux sentiments de crainte ou frayeur et de dégoût. Le corps est dans un état de tension extrême.

Les sourciliers sont énergiquement contractés, mais les yeux étant ouverts et les sourcils relevés par le muscle frontal (élément surprise de la crainte), l'action des sourciliers est moins puissante et le résultat moins visible.

Le peaucier, ce muscle de la frayeur pour Duchenne (de Boulogne), agit sur les commissures labiales qu'il attire en bas et en arrière, ce en quoi il est aidé partiellement par le triangulaire des lèvres (élément dégoût). La bouche s'ouvre, le regard est fixe, les narines sont dilatées.

Cette physionomie de l'horreur est complétée par un certain nombre de gestes. Le corps entier se détourne ou tremble, ou bien les bras sont violemment projetés en avant comme pour repousser quelque objet effrayant. On note aussi, dit Darwin, l'élévation des épaules, tandis que les bras sont étroitement serrés sur les côtés ou au-devant de la poitrine comme dans la sensation extrême de froid.

Ces gestes sont pour ainsi dire les mêmes que ceux qu'on rencontre dans la grande frayeur. Il y a cependant une différence, légère il est vrai, mais qui existe. C'est, en effet, bien plutôt devant la face que devant le corps que se portent les bras et les mains. La frayeur fait naître les mouvements réflexes de défense générale, l'horreur fait naître surtout les mouvements de protection de l'organe qui perçoit le spectacle horrible, et qui est le plus souvent l'œil.

Nous pouvons ajouter que les sentiments de surprise, de crainte et d'horreur ont un caractère mimique commun : l'ouverture de la bouche et des yeux, l'élévation des sourcils.

Dans les sentiments de mauvaise humeur, de colère, de fureur, la bouche est toujours non seulement fermée, mais violemment contractée. Les sourcils sont froncés par l'action énergique du sourcilier.

Les contractions de ces différents organes d'ailleurs, sont en rapport avec l'intensité de l'émotion. Quand on suit sur le visage de quelqu'un les modifications de sa physionomie, on voit, lorsqu'il manifeste de la mauvaise humeur, le faciès de ce sentiment naître, puis se développer, se généraliser à toute la face, lentement ou vite, suivant que le résultat devra être un simple mécontentement ou la colère avec emportement.

Ce signe du début de la mauvaise humeur peut être seul, et ne point durer. Il consiste en une contraction rapide du sourcilier, incapable de provoquer des rides, mais suffisante à opérer un léger, presque imperceptible rapprochement des angles internes des sourcils. Il est utile à connaître en physio-

nomie mentale. Il en est de même d'un léger pincement des lèvres.

Le froncement des sourcils, l'occlusion de la bouche, sont accompagnés de l'abaissement, de la dépression des coins commissuraux des lèvres. Si cet abaissement est très prononcé, la lèvre inférieure se renverse et s'avance un peu. Cela constitue la moue, mais non, comme le fait remarquer Darwin, la moue volontaire, grimacière des enfants qui avancent leurs lèvres en tube jusqu'à toucher quelquefois le bout du nez.

L'abaissement des coins de la bouche se produit par la contraction des triangulaires des lèvres. Quelques-unes des fibres de ces muscles sont antagonistes de celles du grand zygomatique (muscle de la joie). Cette disposition est bien en rapport avec l'expression de cette physionomie.

D'autre part, la déviation de la fente buccale est encore augmentée par l'action, amorcée tout au moins, des muscles de la tristesse et des pleurs, soit : le petit zygomatique, l'élévateur propre de la lèvre supérieure et l'élévateur commun, qui attirent légèrement, dans ce cas, la lèvre supérieure, en haut. Comme la bouche est fermée, la lèvre n'est pas déplacée mais la courbe de la fente buccale est augmentée.

Enfin, on voit aussi, dans l'humeur maussade et morose, des plis transversaux se produire à la base du nez, par la contraction du pyramidal du nez.

Buchenne (de Boulogne) pense que la contraction de ces muscles donne une expression marquée de dureté agressive, alors même qu'elle n'est pas accompagnée du froncement des sourcils.

D'après le même auteur, le muscle triangulaire des lèvres, muscle complètement expressif de la tristesse et du dégoût et complémentaire de l'agression, serait l'un des muscles de la face les moins soumis à la volonté.

Si les contractions des muscles de la mauvaise humeur

sont plus énergiques, on obtient le facies de la colère ; si à ce dernier sentiment s'ajoutent les symptômes des grandes émotions, tels que le tremblement général du corps, la dilatation des narines, les troubles circulatoires et respiratoires, on constate le sentiment maximum de cette série d'émotions : la fureur.

Le cœur et la circulation sont toujours impressionnés. Le visage devient rouge ou pourpre, et les veines du front et du cou se gonflent.

Quelquefois, au contraire, la fureur entrave le fonctionnement du cœur, au point que le visage devient pâle ou livide.

La poitrine se soulève, la respiration est affectée, les narines se dilatent et frémissent. Tennyson a dit : « Le souffle violent de la colère gonflait ses narines de fumée. »

De là viennent les expressions « respirer la vengeance » et « fumer de colère ».

La dilatation des narines, dit Piderit, a pour but de permettre la respiration, tandis que la bouche est fermée et les dents serrées. Ch. Bell attribue cet état à une synergie habituelle de tous les muscles respiratoires.

Les deux explications nous paraissent justes, cependant nous ferons remarquer que même lorsque la bouche est grande ouverte les narines sont dilatées, comme nous venons de le voir dans la frayeur, et d'autre part, qu'il est possible que cette dilatation et ce frémissement des mains, qui n'ont lieu en somme que dans les émotions violentes, se produisent dans le but de faciliter et de régulariser l'entrée et la sortie de l'air, rendues si irrégulières par les mouvements saccadés et spasmodiques du thorax dans ces mêmes émotions.

La bouche ordinairement est fermée, à moins que la fureur ne s'accompagne de cris ; les dents serrées frottent les unes sur les autres ; des mouvements de latéralisation ont lieu dans la mâchoire inférieure ; le masséter, muscle com-

plémentaire de la fureur pour Duchenne (de Boulogne), saille sous la peau.

Fréquemment les bras se soulèvent et les poings se ferment, non plus dans un sentiment de défense, comme dans la frayeur, mais dans le but de frapper.

La conséquence d'une fureur excessive est fréquemment le tremblement (comme dans toutes les émotions violentes); les lèvres paralysées refusent d'obéir aux ordres de la volonté et la voix s'arrête dans la gorge.

Le sourcilier se contracte avec énergie, l'esprit est tendu, les yeux sont grands ouverts, brillants, remplis de flammes, injectés de sang; ils semblent sortir de leur orbite.

D'après Gratiolet, les pupilles sont constamment contractées chez les gens furieux.

Parfois, aucun muscle du front n'entre en action, et le front est lisse, mais le regard est toujours vif et étincelant. « Les dents se découvrent et imitent symboliquement, dit Gratiolet (p. 369), l'action de déchirer et de mordre. »

Ce fait n'a lieu que quand la bouche est entr'ouverte, et cette ouverture est immobilisée par la contraction limitée et presque simultanée des muscles dilatateurs de la bouche.

Nous citerons, pour compléter cette description de la fureur, deux exemples que nous avons trouvés dans Darwin.

L'un est tiré de Shakespeare (*Henri V*, acte III, sc. 1) :
« En temps de paix, rien ne sied mieux à l'homme qu'une
« douce tranquillité, qu'une allure modeste; mais quand le
« vent de la guerre souffle à nos oreilles, alors il faut faire
« comme le tigre : raidir ses tendons, exciter son sang,
« donner à ses yeux un aspect terrible, affermir ses dents,
« dilater ses narines, respirer à pleine poitrine et tendre à
« la fois tous les ressorts de son être! Sus, sus, nobles
« Anglais! »

L'autre exemple cite une gravure d'une des merveilleuses peintures de Hogarth, où l'on voit, dit Darwin, l'expression

de la colère représentée d'une manière frappante par les yeux brillants et grands ouverts, le front plissé et les dents découvertes.

Il nous reste à considérer dans cette seconde classe de sentiments répulsifs ou d'antipathie, ceux qui, comme nous l'avons dit au début de ce chapitre, se passent au dedans de nous-mêmes.

Tels sont la honte et la culpabilité d'une part, le dédain qui conduit à l'orgueil d'autre part.

La première émotion de l'homme, et la plus simple, quand il porte son attention sur lui-même, est la modestie; elle se traduit par de la rougeur fort souvent et donne lieu à la timidité. Si cette attention découvre un sentiment pénible ou mauvais, elle provoque la honte. Au contraire, si elle constate ou croit constater des causes de satisfaction et de contentement, elle donne naissance à l'orgueil.

Que de pages ont été écrites sur la rougeur! Elle semble due au relâchement des parois musculaires des petites artères, qui permet aux capillaires de se remplir de sang. Cette expansion vasculaire dépend elle-même de l'excitation des centres vaso-moteurs appropriés.

Mais ce phénomène est bien inconstant; le jeune enfant ne rougit pas, l'homme mûr ne rougit pas. Seuls, les individus très émotifs rougissent, et en premier lieu les femmes. On peut donc conclure que la rougeur est exclusivement sous la dépendance de l'impressionnabilité de l'esprit.

La volonté est impuissante à provoquer la rougeur.

Sénèque, cité par Darwin, fait remarquer (*Epistol.* XI, 5) que « les acteurs de Rome, lorsqu'ils veulent exprimer la honte, baissent la tête, et tiennent leurs regards fixés sur la terre, mais sont incapables de rougir ».

Si l'individu honteux baisse la tête, détourne son regard, c'est qu'il ne peut guère soutenir le regard d'autrui.

Shakespeare (*Titus Andronicus*, Act. II, sc. v) fait dire par Marcus à sa nièce : « Ah ! maintenant la confusion te fait détourner le visage. »

Lorsqu'une personne confuse, très timide, honteuse, rougit beaucoup, son cœur se met à battre rapidement.

Le même phénomène peut se produire sans qu'il y ait rougeur, mais il y a sensation de chaleur à la face, et souvent le corps se couvre non pas d'une sueur froide comme dans la terreur, mais d'une véritable transpiration.

La physionomie, dans ces différentes émotions, honte, timidité et pudeur, est presque immobile. Il y a comme une espèce de concentration de l'individu, une retenue générale qui l'empêche de manifester un sentiment par une mimique.

Lorsqu'au sentiment de la honte s'ajoute la culpabilité, l'attitude générale se modifie peu, la tête reste baissée, la paupière est mi-close, mais le regard est furtif, mobile et non fixé à la terre. Les yeux sont dirigés obliquement.

Souvent même, le sourcilier se contracte légèrement, indiquant la contrariété ; cette contraction a aussi pour but de contribuer à dérober le regard.

Il y a dans l'orgueil deux sentiments inséparables : le contentement de soi-même et le mépris d'autrui. La physionomie de l'homme orgueilleux résultera donc du mélange des physionomies des deux sentiments précédents.

L'homme content de lui-même marche le corps droit, la tête haute et porte sur son visage un air de défi souvent accompagné de ricanement.

La lèvre supérieure est élevée partiellement (élévateurs propre et commun) et unilatéralement, ne laissant apercevoir que la canine d'un seul côté, le regard est un peu porté en haut, et un peu à côté de la personne qui provoque cette attitude.

Darwin fait remarquer que l'apparition de la dent canine,

sous l'influence de certains états d'esprit, est le résultat d'un double mouvement. L'angle ou la commissure de la bouche est un peu attiré en arrière (buccinateur) et en même temps agissent les muscles élévateurs de la lèvre supérieure, d'un seul côté.

La contraction de ces muscles élévateurs produit un sillon très apparent sur la joue et des rides bien accusées au-dessous de l'œil, principalement près de son angle interne.

Nous ajouterons à cela l'intervention du triangulaire des lèvres qui, abaissant les extrémités de la fente buccale, accusera l'expression de dégoût, et de la houppe du menton qui, en élevant légèrement le menton, ajoutera une nuance de dédain.

Le dégoût, à proprement parler, se manifeste de différentes façons, soit par une ouverture brusque de la bouche, avec recul de la tête, soit par un bruit guttural, une simulation d'effort de vomissement, de nausée, par l'élévation des épaules et l'éversement très notable de la lèvre inférieure (carré du menton).

Dans l'orgueil enfin, la bouche est souvent fermée, pincée si l'on veut, exprimant la décision, indiquant l'entière confiance que l'homme arrogant possède en lui-même.

ARTICLE III

Sentiments de bonheur.

Les sentiments que nous avons placés dans notre troisième classe (sentiments de bonheur) sont ceux qui se traduisent par l'expression générale de gaieté.

Le muscle de la bienveillance, dit Duchenne (de Boulogne), est l'orbiculaire palpébral inférieur; il est aussi le complémentaire de la joie franche. Cette action est toujours accompagnée d'élévation de la lèvre supérieure.

Le sourcilier n'est contracté que dans le rire très accentué ou violent. Dans ce cas, la bouche s'ouvre largement, les commissures sont fortement tirées en arrière (grand zygomatique et risorius de Santorini) et un peu en haut (grand zygomatique). C'est dans un rire modéré ou dans un large sourire que la rétraction en arrière des commissures s'aperçoit le mieux. Cela, en effet, est d'autant plus visible que la bouche n'étant pas ouverte, les rétracteurs des commissures n'ont pas d'antagonistes et que par conséquent leur action s'accomplit entièrement.

Par suite de ces différents mouvements (principalement la contraction du grand zygomatique), les pommettes sont élevées, la face semble s'élargir et s'épanouir.

Il se forme de cette façon des plis au-dessous des yeux qui s'ajoutent à ceux qu'a produits l'orbiculaire palpébral inférieur.

Ils sont très marqués chez les vieillards dont la peau a perdu de son élasticité et conserve les rides, et sont aussi plus marqués à l'extrémité externe de la paupière inférieure. Ces plis sont éminemment caractéristiques du rire ou du sourire. En même temps les sourcils s'abaissent un peu, ce qui démontre qu'il y a participation des orbiculaires supérieurs du moins dans leur zone orbitaire.

La figure se colore, le regard est brillant, dirigé franchement en avant sur l'objet de la joie.

Rarement le front se plisse; au contraire, le muscle frontal, en se contractant légèrement, lisse le front, arque un peu les sourcils et relève les paupières. Peut-être même l'occipital prend-il un peu part à la production de ce phénomène.

Les muscles antagonistes du grand zygomatique principa-

lement (moitié inférieure des fibres dilatatrices du sphincter buccal) servent à réprimer le rire.

Enfin, la dernière classe de nos sentiments comprend ceux qui s'expriment par la tristesse.

ARTICLE IV

Sentiments de malheur.

Le mécontentement provoque une légère contraction du sourcilier, qui s'accroît d'autant plus que le sentiment s'exagère et que l'individu s'efforce de ne point pleurer.

En effet, les pleurs s'accompagnent d'une contraction énergique des sphincters palpébraux, contraction qui s'oppose notablement à l'action du sourcilier.

Des plis transversaux à la base du nez indiquent la participation des pyramidaux du nez.

Enfin les coins de la bouche s'abaissent. C'est maintenant qu'agissent les antagonistes du risorius et du grand zygomatique. Tandis que les coins de la bouche s'abaissent, les parties médianes de la lèvre supérieure s'élèvent par la contraction des muscles petit zygomatique pour ce qui est du pleurer modéré et des muscles élévateurs propres et communs, de ces derniers surtout dans le pleurer à chaudes larmes.

En même temps que s'abaissent les coins de la bouche, s'abaissent les angles externes des sourcils et que s'élèvent leurs angles internes; ce qui contribue à leur donner une direction très-oblique et entraîne la formation d'une courbure très particulière de la paupière supérieure.

Cette élévation des angles internes est due à la contrac-

tion des faisceaux médians du muscle frontal (rides horizontales médianes.)

De la contraction du sourcilier, quoique entravée comme nous l'avons vu, et de celle des faisceaux médians du frontal, il résulte à la fois des rides verticales et horizontales, qui présentent ceci de particulier qu'elles ne se produisent que sur la partie moyenne du front.

Ces phénomènes des muscles de la douleur (Darwin) se passent dans la douleur morale beaucoup plus souvent que dans la douleur physique.

Cette expression de la douleur était familière aux anciens sculpteurs grecs, ainsi que nous le voyons par les statues de Laocoon et d'Aretius; mais comme le remarque Duchenne (de Boulogne), ils commettaient une erreur anatomique grave en faisant traverser toute la largeur du front par des rides transversales. Il est plus vraisemblable de croire, cependant, que des artistes d'une perspicacité si merveilleuse n'ont pas péché par ignorance, mais ont sacrifié volontairement la vérité à la beauté; car il est certain que des rides rectangulaires au milieu du front n'auraient pas fait grand effet sur le marbre. Cette expression à son plus haut degré n'est pas souvent représentée dans les tableaux des anciens maîtres.

Dans la *Descente de Croix* de Fra Angelico, à Florence, on la distingue nettement sur l'une des figures de droite.

Lorsque l'abattement se produit, la circulation s'alanguit, le visage pâlit, les muscles se détendent, souvent l'on perçoit une sensation générale de froid, un frissonnement; les paupières s'abaissent, la tête se penche sur la poitrine oppressée, les lèvres, les joues, la mâchoire inférieure s'affaissent sous leur propre poids, tous les traits s'allongent. Une souffrance prolongée rend les yeux ternes, inexpressifs.

N'est-ce pas là, vraiment, le tableau de l'aliéné mélancolique? peut-on soutenir avec quelque apparence de vérité

que la physionomie de l'aliéné se produise différemment de celle de l'homme sain ?

La physionomie de l'aliéné est logique, elle n'est, chez lui comme ailleurs, que le miroir de ses sentiments.

C'est ce que nous essaierons de démontrer dans le chapitre suivant.

CHAPITRE III

PHYSIONOMIE DES ALIÉNÉS

Nous avons trouvé dans la thèse de M. Georges Dupuy (de Lyon), thèse inspirée des leçons de M. le professeur Pierret, un tableau comparatif des physionomies de l'homme sain et de l'aliéné, tracé par le maître.

Voici ce tableau.

L'expression de la physionomie doit être :

CHEZ L'HOMME SAIN

CHEZ L'ALIÉNÉ

1. Rapide.	Lente . { Bêtise.
2. Concordante.	{ Insensibilité. Stupeur partielle ou totale.
	Discordante ; le rire, par exemple, dans une situa- tion triste.
3. Adéquate.	{ Excessive. Excitation maniaque.
	{ Insuffisante. Démence. Indifférence.
4. Homogène.	Dissociée. { Paralysie ou spasme.
	{ Simulation. Hérédité.
5. Suffisamment .	{ Fugitive. Instabilité mentale.
persistante .	{ Trop prolongée. Tendance à l'obsession par l'idée.

Nous ne croyons pas, comme le savant professeur, que la physionomie de l'aliéné diffère de celle de l'homme sain. La différence des deux états mentaux réside tout entière dans le sentiment et non dans l'expression du sentiment.

Le symptôme le plus caractéristique de la mélancolie simple est une tendance à pleurer pour les motifs les plus

futiles et même sans aucune cause, ou à pleurer d'une manière tout à fait exagérée en présence d'un véritable sujet de chagrin.

Ce symptôme est bien connu des aliénistes, et à première vue semblerait donner raison aux paragraphes II et III du tableau de M. Pierret.

Mais il ne faut pas oublier que c'est nous qui sommes juges de la futilité du motif, de l'intensité du chagrin. Sans doute, nous manifesterions différemment notre émotion. Chez l'aliéné, cependant, il y a concordance, car ce qui est futilité pour nous est sérieux pour lui, et alors, il fond en larmes.

C'est l'émotion qu'il ressent plus ou moins forte que nous, et il l'exprime logiquement par une physionomie correspondante.

C'est le sens mental qui est atteint et non le rapport de la mentalité à l'expression.

Voyez au chapitre précédent la description de la frayeur normale, et lisez maintenant cette communication du Dr Crichton Browne à Darwin :

I. — *Observation de frayeur intense chez une femme aliénée âgée de trente-cinq ans.*

Quand ses amis la saisissent, elle s'écrie : « Voilà l'enfer ! voilà une femme noire ! Impossible de fuir ! etc.... » En même temps, elle passe alternativement d'un tremblement général à des convulsions. Un instant, elle ferme les mains, tend les bras demi-fléchis devant elle, dans une attitude raide ; puis elle se courbe brusquement en avant ; elle se penche rapidement à droite et à gauche, elle passe ses doigts dans ses cheveux, porte les mains à son cou et essaye de déchirer ses vêtements. Les muscles sterno-cléido-mastoldiens deviennent très saillants, comme tuméfiés, et la peau de la région antérieure du cou se sillonne de rides profondes. La chevelure, qui est coupée ras derrière la tête et est lisse à l'état normal, se hérisse, tandis que les mains emmêlent celle qui couvre la région antérieure.

La physionomie exprime une angoisse extrême de l'esprit. La peau rougit sur le visage et le cou, jusqu'aux clavicules, et les veines du front et du cou font saillie comme de gros cordons. La lèvre inférieure s'abaisse et quelquefois se renverse. La bouche reste à demi ouverte; la mâchoire inférieure se porte en avant. Les joues se creusent et sont profondément sillonnées de lignes courbes qui s'étendent des ailes du nez au coin de la bouche. Les narines elles-mêmes se soulèvent et se dilatent. Les yeux s'ouvrent largement et, au-dessous d'eux, la peau semble tuméfiée, les pupilles sont dilatées. Le front est couvert de nombreuses rides transversales; vers l'extrémité interne des sourcils, il présente des sillons profonds et divergents, dus à la contraction énergique et persistante des muscles sourciliers.

Sans doute la physionomie est dissociée, comme le fait remarquer le professeur Pierret, dans la simulation.

Mais le simulateur n'est pas un aliéné.

Elle l'est aussi chez l'aliéné dissimulateur, mais non parce que le sujet est aliéné.

Simulation et dissimulation, veulent faire croire à l'existence d'un sentiment par l'expression de la physionomie correspondante à ce sentiment. Ce dernier n'existant pas, la physionomie n'est pas normale, elle est de la mimique voulue; quelque habiles que soient le simulateur ou le dissimulateur, elle présente cette dissociation signalée dans le tableau du professeur de Lyon.

La mimique de l'aliéné est toujours en rapport avec le sentiment de celui-ci lorsqu'il ne simule ni ne dissimule.

L'aliénation mentale, en fait, évolue toujours lentement.

En apparence, il n'en est pas ainsi. Dans certains cas, le plus souvent il est vrai, l'entourage du malade constate du changement dans son état mental et suit les progrès de l'affection.

D'autres fois le malade dissimule ses préoccupations, lutte contre ses idées délirantes; et c'est brusquement qu'éclate sa folie aux yeux de ceux qui vivent avec lui.

Dans les deux cas, et principalement dans le dernier, il sera indispensable, pour diagnostiquer et l'existence et la variété de l'affection, de bien connaître les manifestations physionomiques qui seules trahissent la modification des sentiments.

L'étude de la mimique doit donc être poursuivie chez l'aliéné aux différentes époques du trouble mental. On la verra alors se modifier en même temps que se modifiera lui-même le délire, soit qu'il s'installe, qu'il passe d'une forme à une autre, qu'il devienne chronique, ou qu'il s'achemine vers la guérison.

Nous ne conserverons pas dans ce chapitre le même ordre que celui dans lequel nous avons étudié les caractères des physionomies normales. Ce serait nous exposer à une inutile répétition.

Nous prendrons au contraire les grandes divisions de la pathologie mentale et montrerons pourquoi et comment, sans interroger le malade, on peut, rien que par la contemplation muette, ou bien faire un diagnostic immédiat de la variété de son affection, ou bien, tout au moins, obtenir des indices suffisants pour diriger l'interrogatoire et, de cette façon, trouver le sujet de son délire, l'objet de ses préoccupations, la systématisation de ses idées incohérentes et maladives.

Bien entendu, il faudra tenir compte du caractère du malade qui, se modifiant suivant les individualités, peut donner un type spécial aux castes, aux professions, telles que le prêtre et le soldat.

Dans la majorité des affections mentales, il est un symptôme presque constant : l'hallucination.

Hâtons-nous d'ajouter qu'il en est cependant où ce symptôme fait toujours défaut, mais elles sont minorité.

L'hallucination, dit Marcé, liée intimement à des troubles

de l'intelligence, joue un rôle de premier ordre dans la symptomatologie et l'histoire de la folie.

Suivant Esquirol, sur 100 aliénés, 80 au moins ont des hallucinations, et sur 206 M. Michea a rencontré 106 hallucinés.

La recherche des hallucinations chez l'aliéné n'est le plus souvent pas difficile, car c'est le malade lui-même qui les décrit. Il a basé sur elles ses idées délirantes. Elles l'occupent toute la journée et surtout toute la nuit.

Mais il y a des cas où le malade ne veut ou ne peut donner aucun renseignement sur l'existence ou la non-existence de ce phénomène, où le symptôme hallucination n'est pas démontré véritablement.

C'est dans ces cas que la connaissance de la physionomie peut rendre bien des services.

Il est rare, en effet, que l'halluciné, même celui qui dissimule avec le plus de ténacité, ne finisse pas par se trahir; on le verra, lorsqu'il ne se croit pas observé, écoutant aux portes, faisant des gestes bizarres, se bouchant les oreilles, regardant fixement un point éloigné et laissant paraître sur son visage les diverses émotions qu'il éprouve.

Les hallucinations de beaucoup les plus fréquentes sont les hallucinations de la vue. Elles font naître des sentiments en rapport avec l'aspect agréable ou effrayant de la cause.

Elles caractérisent principalement les folies toxiques et les folies névropathiques.

Les signes objectifs de l'hallucination de la vue, dit M. Séglas, sont souvent des plus faciles à saisir. C'est d'abord la rotation de la tête, la fixation du regard, les changements de dimensions de la pupille en rapport avec la direction ou la distance de l'hallucination, l'expression émotionnelle du regard, de l'attitude générale du sujet.

On a signalé encore ce fait que les hallucinés de la vue

ont souvent des sensations désagréables de corps étrangers, de picotement qui les portent à se frotter les yeux.

Nous avons recueilli dans le service de M. Paul Garnier, à l'infirmerie spéciale du Dépôt, l'observation suivante où les hallucinations présentées par la malade sont d'une netteté remarquable.

II. — La dame B... est amenée devant nous par les infirmiers sans difficulté. Elle entre dans le cabinet, le visage égaré, ne semblant voir personne; son attention est dispersée de tous côtés, son regard mobile, errant sur les murs principalement. C'est à peine si elle s'aperçoit qu'on lui offre une chaise. Est-elle assise, que son regard se fixe sur un point, qui sans doute se déplace, puis qu'elle le suit des yeux, du plafond sur le mur d'abord lentement puis plus vite. L'image semble accélérer sa marche à mesure qu'elle se rapproche de la malade.

Sa physionomie exprime la crainte d'abord, puis la frayeur, et tout à l'heure elle traduira la terreur la plus grande.

L'image qu'elle suit du regard quitte le mur et passe brusquement en la frôlant sans doute, puisque la terreur redouble, le tremblement agite le corps de la malade, qui claque des dents. Elle saute de sur sa chaise et s'écarte brusquement. Elle se retourne pour voir si l'image terrifiante a disparu. Enfin elle cherche à ouvrir la porte du cabinet pour fuir ses visions.

Des rides verticales sillonnent son front, ces rides que nous avons vues dans le masque de l'attention et de la crainte. La malade présente un tremblement latéral de la tête non continu mais fréquemment renouvelé. C'est l'indice d'une inquiétude et d'une frayeur continuelles mais pas assez violentes pour provoquer le tremblement général du corps.

Le teint de cette malade est terne, ses yeux sont hagards, elle ne parle pas, toujours en proie à des hallucinations de la vue. A tous moments ses yeux se portent à droite, à gauche, dans tous les sens, car ses hallucinations sont le plus souvent fugaces, mais continuelles.

Ces cas d'hallucinations très nettes sont très fréquents. Il en est d'autres où elles sont moins marquées, presque imperceptibles, mais nous croyons pouvoir affirmer que

toute hallucination, si légère qu'elle soit, si dissimulée qu'elle puisse être, se traduit extérieurement par des signes rapides comme l'éclair, mais cependant possibles à saisir pour un observateur exercé.

L'halluciné n'est pas maître de sa physionomie et d'autant plus qu'il n'est jamais prévenu de l'image qu'il va contempler. Il y aura donc toujours un sentiment de surprise; un mouvement à peine esquissé, très peu étendu, trahira l'émotion du malade, tel un léger plissement du sourcilier si la chose fait peur, un mouvement dans les narines, ou si la chose est agréable, une légère élévation des pommettes par contraction du grand zygomatique.

Voici une observation bien différente de la deuxième, où les signes extérieurs de l'hallucination sont bien moins marqués, tout en étant encore nets :

III. — La demoiselle Lh... (infirmerie du Dépôt) est une persécutée, avec hallucinations de l'ouïe et de la vue.

Lorsque cette malade pénètre dans le cabinet du Dr Garnier, elle est triste et son visage porte l'empreinte de la mélancolie, mais les traits du visage ne sont pas contractés, aucun pli anormal n'est visible. On pourrait plutôt constater un certain relâchement des muscles; la bouche est entr'ouverte; la physionomie traduit l'effarement et la résignation. Les mouvements respiratoires sont lents et profonds.

Elle s'assied avec douceur, mais sur le bord latéral de la chaise seulement, comme prête à se lever à la moindre alerte. Le corps est penché latéralement, les yeux sont grands ouverts, le regard fixe et porté au loin, les pupilles dilatées.

La frayeur ne se manifeste pas chez cette malade comme chez celle de l'observation précédente. Au lieu de fuir avec précipitation, c'est à peine si elle augmente son inclinaison latérale. Elle semble plutôt figée, le regard contemplant fixement le danger (probablement l'image est fixe), la bouche s'entr'ouvre lentement. Résignée, elle attend les volontés de la fatalité.

Son mutisme est presque complet; elle a peur de parler, sa voix est monotone, hésitante, lente, à peine articulée et tremblotante.

Si on l'interroge sur ce qu'elle voit, sa physionomie exprime la surprise. Elle suspend sa respiration.

Loin de chercher à fuir, elle semble chercher à s'annihiler, à se diminuer pour cacher sa présence.

Par ordre de fréquence, on doit placer les hallucinations de l'ouïe après celles de la vue.

Elles existent souvent simultanément, mais peuvent être isolées, au moins pendant une certaine période de la maladie.

Il faut se garder de prendre pour indice des hallucinations de la vue les mouvements brusques que font certains malades, qui se retournent pour regarder derrière eux, dût leur regard être vague, errant.

C'est le plus souvent à la suite d'hallucinations de l'ouïe qu'ont lieu ces mouvements et les yeux cherchent la cause du bruit qui a troublé la quiétude du malade.

Les hallucinations de l'ouïe se rencontrent dans la manie. Dans les manies avec idée dominante on les constate soit au début, soit plus tard, à titre de complication.

Enfin, elles présentent une grande fréquence dans la persécution et peuvent porter les malades à commettre des actes dangereux pour leur existence ou celle des personnes qui les entourent.

Les hallucinés actifs de l'ouïe, dit M. Régis, ceux qui sont en conversation perpétuelle avec leurs voix, ont souvent une physionomie spéciale qui permet, avec une certaine habitude, de les reconnaître.

Le signe caractéristique est l'état de leurs yeux, grands ouverts, fixes et brillants, et qu'on ne saurait mieux comparer qu'au regard de l'homme absorbé par sa pensée et qui regarde sans voir.

Au reste, en suivant de près ces malades, on remarque en outre qu'ils sont en colloque avec des personnages imagi-

naires. Ainsi, ils rient souvent de ce qu'ils viennent d'entendre, ou bien répondent à leurs voix, soit tout haut, sous forme d'exclamations plus ou moins brusques, soit tout bas, en remuant simplement les lèvres. Enfin, ils se livrent tout à coup à des actes bizarres ou dangereux déterminés par leurs hallucinations.

Ces hallucinations caractérisent la persécution.

L'hallucination de l'ouïe se manifeste à l'observateur de différentes manières. Le malade peut entendre des voix intérieures ou des voix extérieures.

Certains aliénés (Séglas, p. 20) n'ont que la voix intérieure, et l'on ne peut en reconnaître le caractère que d'après les descriptions des patients : c'est la conversation mentale ou hallucination kinesthétique simple. D'autres parlent à voix basse et font seulement de simples mouvements d'articulation avec les lèvres : c'est l'hallucination verbale motrice. Enfin, l'hallucination peut se manifester à voix haute : c'est l'impulsion verbale.

Au point de vue diagnostic, une hallucination motrice n'a pas la même signification psychologique, clinique et pronostique qu'une hallucination de l'ouïe, et la détermination des divers degrés d'hallucination motrice a également son importance.

Les aliénés à conversation mentale ont cependant quelquefois une attitude particulière qui peut mettre sur la trace de leur hallucination. Ils paraissent en effet distraits, repliés pour ainsi dire sur eux-mêmes ; c'est qu'ils portent toute leur attention à la conversation qui se passe en dedans d'eux et, sans qu'ils remuent les lèvres, on les voit faire un certain nombre de mouvements en rapport avec le siège de leur voix intérieure. Ils se serrent la poitrine, compriment leur ventre, comme pour empêcher leur correspondant de parler ou de les pousser à parler ou à agir contrairement à leur volonté.

On peut avoir également à déterminer l'existence d'hallucinations chez des aliénés qui refusent de répondre à l'interrogatoire et se renferment dans un mutisme obstiné.

M. Séglas conseille, dans ces cas, non de s'appuyer, pour faire le diagnostic, sur les symptômes objectifs tels que la modification du pouls, de la circulation vasomotrice, qui sont communs à toute espèce d'hallucination, et à des faits psychiques d'un autre ordre, mais de considérer surtout les symptômes qui ont trait aux réactions mimiques provoquées par les hallucinations.

La tête se tourne (hallucinations auditives) de façon à porter le pavillon de l'oreille dans la direction d'où semble venir le bruit imaginaire. Le malade est attentif et écoute. Il interrompt souvent brusquement la conversation commencée avec le médecin.

Certaines habitudes ou particularités du costume tendant, par un moyen ou par un autre, à intercepter les sons par l'occlusion des oreilles, peuvent également mettre sur la piste d'hallucinations de l'ouïe.

IV. — Le malade L... (Georges), que nous avons vu à l'asile de Vaucluse, est atteint de délire de persécution avec hallucinations de l'ouïe. On l'empoisonne et on lui arrache les cheveux.

Ce malade marche presque continuellement ou bien se couche sur le sol et passe de longues heures dans cette position. Il vit à l'écart, porte la tête basse, le regard rivé au sol. Lorsqu'on l'examine dans la cour du quartier, on le voit de temps à autre secouer la tête, lui donner des mouvements de négation ou d'affirmation. Souvent il se retourne brusquement, comme si quelqu'un l'interpellait. Il change alors la direction de ses pas.

Lorsqu'il est couché, dans la cour, il ne dort point, mais semble être aux écoutes. Enfin à la visite, où nous pouvons l'examiner de plus près, il est rare qu'il réponde à nos questions, sa face est immobile, ce qui se passe autour de lui ne l'intéresse pas. Il fait un grand nombre de mouvements avec ses mains comme l'on en fait dans la conversation.

Son irritabilité est grande et l'on est souvent obligé de l'enfer-

mer en cellule, où d'ailleurs son attitude générale ne change pas. Son mutisme est presque absolu.

Comme celles de la vue, les hallucinations de l'ouïe peuvent donner naissance à des sentiments de terreur excessive, où nous trouvons là encore, comme dans les émotions violentes normales, la transpiration et le tremblement généralisé.

Lorsque l'halluciné attribue les bruits qu'il entend, les voix qui lui parlent, à quelqu'un qu'il connaît et qu'il nomme, il devient un malade fort dangereux, d'autant plus qu'il est le plus souvent un persécuté et que ses hallucinations sont injurieuses, menaçantes.

Les autres hallucinations sont rares ; elles s'observent surtout, d'après M. Régis, dans certaines formes de mélancolie, hypocondrie et quelquefois aussi dans la persécution.

Que les hallucinations du goût soient consécutives à des troubles physiologiques du côté du tube digestif, ou primitives, elles se manifestent par le rejet de la salive ou par des mouvements de déglutition.

Certains malades ont une salivation très abondante, et crachent continuellement en marquant un profond dégoût.

Les hallucinations de l'odorat s'accompagnent fréquemment de mouvements d'expiration nasale. On voit alors les aliénés faire les mouvements physionomiques familiers à toute personne qui sent une odeur qui l'incommode, tantôt le sphincter nasal se contracte autant que son imperfection le permet, tantôt les narines se dilatent, la lèvre supérieure est entraînée en haut et le malade souffle avec force par le nez. Souvent enfin il porte son mouchoir devant cet organe et respire par la bouche, ou s'abstient de respirer le plus longtemps qu'il lui est possible.

Il est curieux dans certains cas de constater que ces hallucinations de l'odorat peuvent être les seules hallucinations, contrairement aux cas ordinaires où elles sont associées à celles de la vue et de l'ouïe.

Les hallucinations du sens génital provoquent souvent des gestes, des attitudes lascives et donnent naissance à des habitudes d'onanisme qui, si elles existaient auparavant, deviennent plus impératives.

Quant aux phénomènes désignés sous le nom de troubles de la sensibilité générale, ils varient au point de vue de l'attitude et de la physionomie suivant leur siège, leur répétition, leur intensité.

On les voit avec netteté dans certains cas d'alcoolisme.

Un alcoolique que nous avons vu à l'infirmerie spéciale du Dépôt, tout à coup tourna ses regards vers le plafond du cabinet du médecin, puis se leva de sa chaise en secouant un de ses bras, s'écriant : « Voyez donc comme il pleut ; je suis tout mouillé. »

Il est inutile d'insister sur les cas si fréquents dans cette même catégorie de malades, de sensations d'animaux grimpants qui provoquent chez eux les mouvements les plus variés et surtout le grattage.

Autant l'alcoolique, le maniaque, le persécuté, extériorisent leurs sensations, autant le mélancolique a tendance à s'isoler, à retenir en soi ses émotions, à dominer ses hallucinations.

C'est au point de vue physionomique, un type d'aliénation qui a été reconnu par tous les médecins de toutes les époques.

Cette affection tout d'abord présente un facies spécial

tenant à un état général mauvais. La figure est pâle, décolorée, car la circulation est ralentie.

Le rythme de la respiration est modifié. Les inspirations, au lieu de se faire avec ampleur et régularité, au lieu de s'accompagner d'un soulèvement régulier des parois thoraciques et d'un murmure vésiculaire perceptible à l'auscultation, perdent tout à fait leurs caractères physiologiques.

On croirait, à voir certains de ces malades, qu'ils oublient de respirer, jusqu'au moment où une profonde inspiration vient renouveler l'air dont ils s'étaient privés pendant un temps souvent fort long.

Les lèvres, les gencives sont encroûtées de fuliginosités, phénomène qui, de même que la pulvérulence des narines, tient à l'immobilité absolue des malades et rappelle ce qui se passe dans la fièvre typhoïde.

Somme toute, les fonctions en général sont ralenties, réduites au minimum.

Le mélancolique dort peu ou mal, parle peu ou point, s'abstient de tout mouvement, se nourrit insuffisamment, souvent même refuse tout aliment, et cela avec une telle persistance que l'on est obligé d'avoir recours à l'alimentation artificielle, sans laquelle il se laisserait volontiers mourir de faim.

Nous avons rencontré à l'asile de Vaucluse un jeune malade, le nommé D..., qui présentait tout à fait les différents points de la description que donne M. le Dr Laurent¹.

V. — La tête est penchée sur la poitrine, elle cède aux efforts que l'on fait pour la redresser, mais immédiatement, quoique avec lenteur, reprend sa position primitive si l'on cesse de la maintenir. La figure est pâle, le teint grisâtre, les sourcils rapprochés, leurs angles internes élevés et leur direction oblique, les paupières abattues et légèrement gonflées, le regard terne et fixé à terre; la

1. *Physionomie des aliénés*, in *Ann. médico-psych.*, 1863, p. 180.

bouche; entr'ouverte par la chute du menton, laisse écouler la salive. Le malade ne prend aucun soin de sa personne, on le lève, on l'habille, on le couche, on le fait manger. A un moment donné, l'on a été obligé d'avoir recours à l'alimentation forcée qu'il subissait sans aucune protestation, et qu'on a dû continuer pendant plusieurs semaines de suite. Presque toujours debout, quelquefois assis, il reste des heures entières sans changer de place, sans faire aucun mouvement, les bras ballants, les mains gonflées et violettes par suite de la stase sanguine. Vers la fin de sa maladie, il gâta. Le malade n'a point présenté, pendant les quelques mois que nous l'avons observé, ni hallucinations, ni illusions, ni période d'excitation. Il se livrait plusieurs fois par jour à la masturbation. C'étaient d'ailleurs les seules émotions qu'il se permit.

L'amaigrissement devint de jour en jour plus considérable, les pommettes saillantes prirent une teinte plus foncée que le reste de la figure devenue bistre, plombée et le malade dut s'aliter.

Il prit une attitude dont il ne se départit point, couché sur le côté, replié sur lui-même, et son immobilité fut cause d'escarres qui contribuèrent à augmenter son mauvais état général.

Enfin, il mourut et nous avons constaté à son autopsie une tuberculisation très avancée des deux sommets pulmonaires.

En dehors de ces symptômes, le lypémanique présente une perversion plus grande des sentiments affectifs que dans la manie. C'est souvent cette modification du caractère qui frappe la première l'entourage de ces malades.

Dans la lypémanie simple, c'est-à-dire sans délire, l'expression varie peu et conserve, principalement à la période d'état, les caractères que nous avons décrits dans l'observation V.

On ne constate aucune fausse conception. Au début, les malades conservent une appréciation assez nette de leur position, ils la déplorent, ils se lamentent sur leur impuissance, et cependant ils sont inertes, non seulement incapables de secouer leur torpeur, mais encore ils opposent une force d'inertie invincible à tous ceux qui essayent de les faire sortir de leur immobilité.

Plus tard, ils subissent leur état avec résignation et perdent peu à peu la notion de leur situation.

A côté de la mélancolie sans délire, il existe une autre forme où les idées délirantes sont remarquables par leur ténacité, leur nombre, leur fécondité.

C'est au début une idée fixe, de nature triste, qui s'implante dans l'esprit, gagne peu à peu du terrain et finit par envahir l'intelligence en communiquant à toutes les conceptions une nuance triste, uniforme.

Des hallucinations et des illusions se surajoutent au délire. Les malades passent alors de périodes d'excitation à des périodes de dépression, suivant que telle ou telle idée domine.

Leur physionomie traduit les modifications de leurs émotions. Tantôt ils se croient poursuivis, persécutés, empoisonnés.

Leurs traits sont grippés, contractés, exprimant l'anxiété et la souffrance; leur agitation se manifeste sous forme de paroxysme avec cris, lamentations; leur visage exprime la terreur que provoquent les hallucinations, ou la colère, ou les pleurs, tous sentiments violents qui se traduisent par les mêmes mouvements physiologiques que chez l'homme sain.

Tantôt leurs idées sont tristes, accablantes, et la dépression domine, à tel point que Pinel confondait cette forme avec l'idiotie. C'est la mélancolie avec stupeur.

Tantôt ils se croient morts; on les voit alors muets, les yeux fermés, immobiles dans le décubitus dorsal; ils refusent de manger, protestent de leur existence, leur visage est immobile, figé dans une expression de souffrance terrible, bien en rapport avec leurs hallucinations et leurs illusions.

Souvent ces malades attendent à leurs jours, veulent mourir, fuir à tout jamais cette situation désespérante et ces chagrins qui les minent. Ils se mutilent, et nous avons vu, à

l'asile de Vaucluse, un mélancolique se déchirer les bourses et s'extraire un testicule, en présence d'un gardien qui ne s'est aperçu du fait qu'en constatant du sang près du malade. Rien, pas un cri, pas même un soupir n'avait attiré son attention.

Autant l'activité vitale semble diminuée chez les mélancoliques, autant elle est exubérante chez le maniaque et l'alcoolique. Ces deux catégories de malades ont ce point de commun qu'ils sont toujours en mouvement, mais combien varie leur type physionomique !

Le maniaque, au début, peut présenter des symptômes de tristesse, d'appréhension vague ; mais bientôt apparaît le caractère fondamental du trouble mental.

Les idées se succèdent avec une rapidité remarquable, sans ordre apparent, mais, comme le fait remarquer Falret¹, « cela tient à ce que le travail de la pensée est plus rapide que sa manifestation, et à ce que beaucoup de chaînons intermédiaires échappent à l'observateur. Il y a presque toujours, dans ce pêle-mêle apparent, un ordre caché qu'il faut rechercher, et qu'une observation approfondie fait souvent découvrir. »

Cette exubérance de pensées, cette cohue d'émotions se traduisent à l'extérieur par une agitation continuelle, souvent généralisée à tous les membres.

Les malades causent, rient, crient, déclament, injurient, courent, s'habillent, se déshabillent, déchirent leurs vêtements et les différentes parties de leur literie. Ils frappent, brisent, et tout cela, sans apparence de but, de discernement.

Nous ne croyons pas que ces actes n'aient comme raison d'être qu'un besoin automatique d'activité. Ils nous pa-

¹ 1. *Leçons de clinique mentale*, p. 233.

raissent plutôt être sous la dépendance d'idées et d'émotions.

Leur physionomie varie suivant les différents mouvements qu'ils exécutent, et comme elle traduit un sentiment et qu'elle est toujours en rapport avec l'acte commis, il nous semble que ces malades doivent agir avec un mobile. Mais la rapidité, l'inconstance, la variété infinie de leurs pensées, l'instabilité de leur état d'esprit, ne nous permettent pas de nous expliquer leurs actions. Elles nous paraissent illogiques, alors qu'elles doivent être le contraire, au moins pendant l'instant où elles sont commises.

Cette suractivité intellectuelle s'accompagne d'un retentissement physique considérable. Ces malades sont couverts de sueur, leur face est vultueuse, le plus souvent congestionnée, leurs yeux rouges et saillants, leurs traits mobiles et contractés.

Leur salivation est abondante. On constate des battements insolites dans les artères.

Remarquons qu'à l'état normal un homme qui vient d'accomplir une grande course, qui vient d'achever un travail pénible et long ayant demandé une grande rapidité et un grand surmenage physique, se présente à peu près dans les mêmes conditions aux yeux de l'observateur.

On peut lire sur le visage des aliénés maniaques bien des émotions qu'ils ressentent, preuve qu'ils les manifestent comme l'homme normal.

Il y a cependant chez ces individus des troubles généraux qui sont du ressort du déséquilibre de leurs fonctions digestives souvent atteintes, tels l'enduit pultacé qui recouvre les lèvres, la sécheresse des cheveux et, plus tard, l'amaigrissement, le teint blême, blafard.

A côté des pensées et des émotions de l'aliéné maniaque, s'installent des hallucinations de toutes espèces, principalement de la vue et de l'ouïe, quelquefois de l'odorat et du

goût. Ces hallucinations provoqueront des physionomies diverses comme celles que nous avons étudiées au chapitre que nous leur avons consacré.

L'alcoolique, quoique toujours en mouvement, ne se présente pas sous le même aspect que le maniaque.

Ses idées ne sont pas nombreuses, ne se succèdent pas avec rapidité. Mais ce qui domine chez lui, ce sont les hallucinations, principalement celles de la vue et les troubles de la sensibilité générale.

VI. — Le malade F., que nous avons examiné à l'infirmierie spéciale du Dépôt, dans le service du Dr Paul Garnier, entre dans le cabinet du médecin, salue avec bienveillance et courtoisie, et s'assied. Bientôt il se lève, croit sans doute nous reconnaître et vient nous serrer la main. Si quelqu'un entre, il fait de même, va au-devant de lui la main tendue.

Il a du tremblement très prononcé de la tête et des lèvres. La peau est couverte de sueur et luisante. Ses mains sont, elles aussi, atteintes de tremblement et sont en continuel déplacement. Il touche la table et croit qu'elle est mouillée, il retire alors sa main et l'essuie. De temps en temps, il s'interrompt dans sa conversation, détourné par une hallucination, soit de l'ouïe et nous dit : « Je suis allé au concert, entendez-vous la musique », soit par une hallucination de la vue. Il s'approche alors de la table du médecin et, d'un air interrogateur, semble parcourir le dossier, car il prétend qu'on lui a fait un geste, un signe pour lui dire de regarder. Puis, en proie à une hallucination simultanée de la vue et du tact, il croit trouver des centimes sur la table et les range. Dans sa cellule, il est accroupi et cherche dans les matelas, ou il est levé et gratte après les murs, il est très préoccupé d'enlever des fils, des taches après ses habits.

Dans la journée, du moins, ce malade n'a pas d'hallucinations terrifiantes. Il est gai, plein d'entrain, d'excellente humeur et se trouve très bien dans sa cellule.

Mais le facies le plus varié qu'on puisse rencontrer dans les différentes affections mentales, est celui de la paralysie générale, où toutes les émotions se produisent avec assez de

lenteur et de durée pour qu'on puisse les examiner. Nous établirons plus loin la différence qui existe entre la mimique du paralytique et celle des autres aliénés.

Est-il utile, ici, de rappeler les descriptions magistrales qui ont été tracées à ce sujet? Que pourrions-nous y ajouter?

Faisons remarquer cependant que le paralytique général est un affaibli mental et physique bien plutôt qu'un aliéné.

Le symptôme physique primitif de la paralysie générale consiste dans le tremblement des commissures des lèvres et des angles externes des yeux. L'agitation continuelle de la paupière inférieure, le tremblement des muscles grands zygomatiques sont des signes pathognomoniques de la première période.

Le paralytique n'a pas d'hallucinations mais des illusions. Il est incapable d'assembler ses idées, elles n'ont plus d'enchaînement ni apparent ni caché. Il est inconscient dans ses actes. Il passe successivement de la tristesse la plus profonde à la joie la plus grande, sans cause et sans ressentir aucune émotion. Ces malades n'ont pas le pouvoir de diriger leurs idées, et, plus tard, arrivés à la période finale de démence, ils perdent même la faculté de penser. Ils vivent alors de la vie végétative. Ils sont paralysés des muscles comme des idées, et leurs mouvements physiologiques s'en ressentent. Leurs émotions sont exprimées maladroitement, par des muscles trop faibles et mal gouvernés. C'est donc chez ces malades que nous trouverons ce que nous pouvons appeler les « fausses mimiques », car il y aura dissociation, lenteur, excès ou insuffisance dans leurs expressions physiologiques. Ce n'est pas à l'aliénation que tient cette discordance mais à l'incapacité musculaire et intellectuelle.

Le tremblement des lèvres, qui existe chez l'alcoolique avant qu'il ne parle, n'existe, pour ainsi dire, chez le paralytique, que quand il veut parler.

Les troubles d'ordre général, qu'on constate chez les

maniaques, et qu'on peut constater chez les paralytiques, tiennent chez ces derniers à une congestion passive de toute l'extrémité céphalique.

Tels sont la dilatation et l'aspect variqueux du réseau capillaire de la figure; les pommettes sont rouges, la face vultueuse, la nuque, le cou, les oreilles et le cuir chevelu très injectés, bien qu'il n'existe aucune élévation de température de la peau.

Ils ont aussi d'autres troubles de nutrition, principalement vers la fin de leur existence.

L'attitude du mélancolique avec visage atone, la tête penchée, les paupières baissées et le regard fixe se retrouve à peu près chez le paralytique, mais ces phénomènes ont d'autres causes. La tête est baissée chez ces malades parce que les muscles sont insuffisants à la soutenir. S'ils sont contracturés, et ils peuvent l'être, on les voit, dans certains, la tête rejetée en arrière. Le masque est immobile parce que les muscles ont perdu leur motilité. Leurs yeux peuvent être immobiles, mais leur regard n'a aucune signification. Ce sont presque des aveugles mentaux.

L'aliéné présente, comme nous l'avons vu, une physionomie bien spéciale suivant la variété de son trouble mental.

Nous ne pouvons pousser cette étude dans toutes les divisions de la pathologie psychique où nous retrouverions les mêmes facies, puisque nous trouverions les mêmes émotions, groupées, il est vrai, dans un ordre différent, survenant à des époques variables, tantôt plus intenses, tantôt plus effacées, parfois absentes. Puisque chaque sentiment s'exprime par une physionomie, aussi bien chez l'homme aliéné que chez l'homme sain, nous serions obligé, au lieu de tracer des tableaux d'ensemble comme nous l'avons fait pour les grandes divisions de l'aliénation, nous serions obligé, dis-je,

de recommencer ici l'étude que nous avons faite au chapitre précédent.

L'analogie nous paraît donc complète entre les physionomies de l'homme sain et de l'aliéné, exprimant un même sentiment; toute question d'intensité et d'à-propos mise à part.

Nous ne sommes donc pas de l'avis de M. le D^r Laurent qui conclut, après un travail très intéressant publié dans les *Annales médico-psychologiques* : « Suivant mes propres observations, le type de l'aliéné en général se reconnaîtrait à ce que le centre d'action oculaire et du centre d'action buccal n'est pas en harmonie »; et plus affirmatif encore, il ajoute : « il n'est aucun cas d'aliénation mentale où l'on ne puisse démontrer la dyssimétrie que nous avons indiquée. »

Nous n'admettons pas non plus la conclusion de l'expérience de Lavater qui propose que l'on prenne trois portraits différents, que l'on divise la face en trois parties horizontales répondant : la première, au front; la seconde, au nez; la troisième, à la partie inférieure depuis le nez jusqu'au menton; que l'on remplace dans le premier portrait la portion nasale par la portion nasale du deuxième, la partie inférieure par la partie correspondante du troisième; on obtiendrait inmanquablement la physionomie d'un homme insensé. Il en conclut que la figure de l'aliéné offre un défaut d'harmonie manifeste.

A notre avis, ce n'est pas un facies d'aliéné qu'on obtiendra (à moins qu'on entende par aliéné, l'idiot, l'imbécile, dont les facultés intellectuelles n'ont jamais existé ou bien sont restées rudimentaires), mais une grimace, une mimique voulue, c'est-à-dire une physionomie ne correspondant pas à un sentiment.

Comme à l'état normal, l'aliéné peut exprimer une émotion même très vive par un minimum d'éléments physionomiques. Et on peut le constater souvent au début des affec-

tions ou dans certains cas où le malade se retient, se modère comme dans la mélancolie.

Les parents d'un aliéné indiquent très bien au médecin que le malade a quelque chose d'insolite dans le visage, quelque chose qu'ils ne peuvent précisément définir, mais qui leur paraît extraordinaire. C'est pour cela que le D^r Damerow¹, dans son article sur la mimique et la physionomie, insiste pour que l'on consulte la famille sur le retour de la physionomie à l'état ordinaire.

Ce conseil est fort judicieux, et doit être mis à profit.

Ce « quelque chose d'insolite, d'indéfinissable », est-il forcément de l'asymétrie, de la désharmonie? Nous croyons que non; mais ce qui est insolite et incompréhensible pour les parents, c'est de voir changer le caractère, l'attitude, la physionomie de leur malade, sans pouvoir en connaître ni en trouver la cause.

Devenant aliéné, ses pensées changent, ses préoccupations sont d'un autre ordre, lui-même souvent ne s'explique pas ces modifications qui se passent en lui; et naturellement, il exprime les nouvelles pensées, insolites, inattendues, par la mimique correspondante qui les fait connaître et surprend.

Suivant Ch. Lebrun, premier peintre du roi Louis XIV, le sourcil est la partie du visage où les passions se font le mieux connaître. Dans la physionomie de l'aliéné, le sourcil donne de précieux renseignements.

Chez l'aliéné mélancolique, les sourcils sont presque constamment obliques par rapprochement et élévation de leurs extrémités internes.

Cette direction des sourcils influe sur la forme de la paupière supérieure à laquelle elle donne une courbure très particulière.

On voit encore cette disposition dans le désespoir et la

1. DAMEROW. — *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, 1860.

jalousie où le front est sillonné de rides, les sourcils sont fortement inclinés sur le nez et cachent le regard.

Dans l'expression de mépris de la manie ambitieuse, du délire des grandeurs, les sourcils se froncent.

Il en est de même dans les affections mentales accompagnées d'anxiété.

Après les yeux, dont nous parlerons en dernier lieu, la bouche est la plus expressive de toutes les parties du visage. Les mouvements de l'âme qu'elle est chargée de reproduire, dit Lebrun, sont d'un rang moins élevé. Son rôle est relatif surtout aux passions et aux appétits.

Dans la lypémanie, les angles de la bouche sont entr'ouverts.

S'il intervient des hallucinations effrayantes, la bouche éprouve presque des mouvements convulsifs, mais comme dans la terreur de l'homme sain, se maintient ouverte et comme contracturée. Au contraire, elle est fermée, laissant dépasser la lèvre inférieure, dans l'expression du mépris.

Chez le démonomane, des rides sillonnent les joues, principalement autour de la bouche.

Les yeux et le regard donnent des renseignements nombreux et de première importance.

En général, toute excitation intellectuelle se traduit par des yeux largement ouverts et un regard brillant; il en est de même de toute émotion violente.

Les yeux sont scintillants, le blanc de l'œil est coloré dans la frayeur du lypémanique. Son regard semble égaré. Nous avons vu ce même aspect à l'étude de la physionomie normale. L'œil est presque rouge, le regard ardent dans la jalousie et le désespoir. Les pupilles sont contractées.

Le regard est vif et brillant dans la manie aiguë; fier et protecteur dans l'expression d'orgueil du délirant ambitieux.

L'aliéné à tendances homicides se reconnaît à son regard ardent et cruel.

Par contre, les yeux sont plus ou moins fermés, le regard plus ou moins voilé ou vague dans les cas de dépression mentale, comme la mélancolie, la confusion mentale, la démence et la stupidité.

L'aliéné qui poursuit des idées de suicide a souvent le regard sournois et furtif, la sclérotique terne.

« La timidité, dit Belouino¹, baisse les yeux avec une certaine grâce facile à reconnaître, la bonté les incline vers la terre; la fierté les porte vers le ciel; la colère les allume, les rend menaçants, l'espérance les dirige doucement en haut; l'amour les rend plus brillants, les voile un peu et les projette en avant. »

Nous avons trouvé chez différents aliénés ces variétés de regard en rapport avec leur situation émotionnelle du moment. Chez certains malades à idée durable, à délire persistant et non variable, on rencontre un facies permanent ou presque, et qui est analogue à celui qu'on peut constater chez les personnes saines qui ressentent les mêmes émotions. Chez ces dernières, le facies est fugace comme l'émotion.

C'est pourquoi chez les aliénés chroniques a-t-on signalé l'existence de rides perpendiculaires à la direction des fibres des muscles qui interviennent dans les expressions mimiques en rapport avec tel ou tel ordre d'hallucination.

« On ne doit croire, dit Damerow, à une guérison qu'autant qu'on a vu disparaître toute trace des modifications de la mimique, qui trahisse encore la virtualité des émotions morales compliquant l'affection. »

La physionomie de l'aliéné qui guérit se modifie parallèlement à la modification des sentiments qui étaient provoqués par le trouble mental. Et lorsque la physionomie est devenue normale, c'est que les émotions malades ont disparu et que les émotions normales ont reparu.

1. *Des passions*, 2^e édit., t. I, p. 83.

CHAPITRE IV

SIMULATION ET DISSIMULATION

Nous réunirons, dans un même chapitre, l'étude de la simulation et de la dissimulation. La dissimulation en effet est la simulation d'un état qui n'est pas le vrai et qu'on a intérêt à cacher.

La simulation a pour but de produire un état qui n'est pas le vrai et qu'on a intérêt à montrer.

Quoique le but soit différent, les moyens employés sont les mêmes. Dans les deux cas, c'est de la simulation.

Il peut se présenter quatre cas de simulation de folie. Un individu sain simule la folie pour échapper à une punition, pour éviter une obligation pénible (service militaire), pour se procurer un refuge contre la misère.

Un aliéné simule une folie qui n'est pas la sienne, pour éviter un traitement qui lui déplaît, pour se faire, par exemple, placer dans le service de l'infirmerie où la nourriture est plus choisie, où l'on peut rester au lit plus longtemps.

Un aliéné guéri, ou tout au moins sorti de l'asile, commet une infraction aux lois de son pays et simule la folie pour échapper au châtement.

Enfin, et c'est là de la simulation involontaire, un individu atteint de maladie aiguë, fièvre typhoïde, pneumonie, méningite, peut présenter des troubles mentaux, analogues au troubles de la folie.

La dissimulation existe en dehors de l'asile et au dedans.

C'est, dans le premier cas, un malade qui lutte contre des idées obsédantes et qui les dissimule ; ou bien un malade qui craint l'internement.

Dans le second cas, c'est un malade qui veut sortir de l'asile.

Ces faits de dissimulation sont rares. N'ayant pas fait de clientèle, nous n'avons pas pu recueillir d'observation de dissimulation hors de l'asile, et n'ayant été que dans les asiles d'indigents, où les malades ont le plus souvent intérêt à rester, étant mieux là que chez eux, nous n'avons pas eu non plus l'occasion de rencontrer des dissimulateurs.

La simulation nous est plus connue. Nous sommes depuis bientôt six mois dans le service très intéressant de M. Paul Garnier, à l'infirmerie du Dépôt, et nous avons observé deux ou trois cas de simulation que nous allons décrire plus loin.

Lorsqu'un individu coupable d'un forfait simule, c'est en général après l'arrestation seulement que débute la folie. Nous avons vu combien étaient rares les exemples de début subit de l'aliénation mentale ; chez le simulateur non aliéné, le début est toujours soudain. Il faut cependant remarquer qu'à la suite de crimes épouvantables on observe quelquefois de véritables folies à développement rapide, conséquences de l'emprisonnement ou de l'intensité du remords ; quoi qu'il en soit, ces faits sont exceptionnels.

On doit donc se livrer à une enquête très sérieuse dans tous ces cas de médecine légale où le médecin a une responsabilité considérable, soit qu'il considère à tort le criminel comme aliéné et qu'il le fasse de cette manière échapper au châtiment qui lui est dû, soit qu'au contraire il laisse condamner un aliéné à une peine infamante pour une faute qu'on ne saurait lui imputer.

Pour éviter toute cause d'erreur, le regretté professeur B. Ball conseillait de faire deux examens.

L'un direct ou personnel, l'autre indirect (pièces du procès, témoins, antécédents, nature du crime, etc...).

On commence l'expertise par le second examen. Nous ne pouvons ici nous étendre sur les conclusions qu'on peut tirer de cet examen. Disons cependant qu'à lui seul il peut être suffisant pour ne laisser aucun doute sur le fait de simulation.

Mais il est des cas où il faut se livrer à l'examen direct et personnel, et c'est là qu'il est utile de connaître les réactions physiologiques de nos différents états d'âme.

Voici quelques observations qui, nous l'espérons, montreront le rôle prépondérant qu'a joué dans le diagnostic de simulation l'étude des différents états physiologiques présentés par les inculpés.

VII. — *Enquête médico-légale du Dr Billod* ¹.

J... est un homme de vingt-huit ans; sa physionomie est intelligente et d'une mobilité qui trahit l'habitude d'une certaine excitation; elle paraît empreinte d'une véritable énergie brutale, et *l'égarement qu'elle nous présente d'abord nous paraît trahir l'effort, et n'avoir rien de réel et de spontané. Le regard d'ailleurs semble éviter de se fixer sur l'interlocuteur.*

Vu d'abord à travers le judas de la porte de sa cellule, il nous paraît agité; tourné vers la fenêtre, il semble s'adresser à un être imaginaire auquel il montre le poing, puis il se promène avec agitation en secouant de temps en temps la tête et en frappant du pied... Pendant qu'il exécute d'ailleurs tous ces mouvements désordonnés, *il évite, avec un soin suspect, de diriger son regard vers la personne présente...*

Cessant ensuite de parler, il continue à marcher avec vivacité et je crois alors remarquer qu'il *jette de temps en temps un regard en dessous.*

Dans l'entrevue suivante, je retrouvai un tout autre homme, et si je fus moins frappé du changement qui s'était opéré dans la physionomie de J..., c'est que l'égarement des traits chez les simulateurs de la folie n'ayant rien que de factice et d'apparent,

1. *Annales médico-psychologiques*, année 1868, t. II, p. 53.

le changement d'expression qui résulte de la cessation du rôle est moins frappant que celui qui s'opère chez le véritable aliéné, sous l'influence du retour à la raison.

VIII. — *Enquête médico-légale* (Ann. médico-psych., 1869, t. II, p. 245).

Le lendemain matin, nous voyons le nommé C... dans un coin de la salle, assis près de la porte sur le bout d'un banc. Il a les bras pendants, les mains réunies entre les jambes. Il reste immobile, sans tourner ou à peine la tête, *mais son regard est bien loin d'être immobile; ses yeux vont successivement de l'un à l'autre des malades qui sont dans la salle; il suit attentivement tout ce qui se passe autour de lui. Plusieurs fois, en le regardant à la dérobée, nous rencontrons son regard, qui a l'air de chercher qui nous sommes, et qu'il détourne quand nous le fixons. Il a souvent des mouvements automatiques des bras qui semblent bien singuliers.*

L'attitude ne pouvait être comparée qu'à celle d'un aliéné en stupeur, ou d'un dément chez lequel se dessine la stupidité; mais le regard n'a pas l'atonie, la fixité, l'hébétude de celui des individus atteints de cette forme mentale ou de celui même du simple mélancolique; la figure n'a pas non plus l'expression de celle de l'imbécile ou du dément.

A peine ne nous voit-il plus que *sa physionomie quitte subitement son expression de torpeur. Son œil devient intelligent et rien ne lui échappe.*

IX. — *Observation du Dr Louis Camuset*¹.

Toutes les fois qu'allant visiter G... dans sa cellule, je l'ai trouvé debout, il avait la même attitude. Il se tenait légèrement incliné en avant, la tête baissée, les genoux un peu fléchis, les membres supérieurs pendants mais en demi-flexion, les mains assez rapprochées l'une de l'autre. Quand j'entrais dans la cellule avec le gardien, il ne se détournait pas, mais, en l'examinant attentivement, je m'apercevais qu'il *glissait ses regards de mon côté*. La figure est pleine, sans expression, elle n'est ni pâle ni congestionnée. Les yeux sont baissés; quand on relève la tête de façon à voir la figure bien en face, on constate que *les yeux sont*

1. Nous avons emprunté cette observation à l'ouvrage de M. le Dr Froment. *Etude médico-légale sur la simulation des maladies mentales, 1891.*

vifs, que le regard est bien vivant, et que les pupilles se contractent normalement sous l'influence de la lumière.

Quand C... ne se sent pas observé, il se tourne du côté de la personne qui lui parle. Quand au contraire il sait qu'on l'étudie, il ne manifeste rien.

Le sujet ne présente pas de troubles circulatoires périphériques, les mains ont une température normale et ne sont pas cyanosées, les pieds non plus. Les lèvres sont roses et la peau de la face a une coloration physiologique. La bouche est fermée et ne laisse pas échapper la salive, la nutrition se fait bien, l'appétit est soutenu, les digestions sont bonnes, l'embonpoint est ordinaire quoiqu'il y ait un peu d'amaigrissement; il va s'asseoir pour manger, s'habille seul, et ne gâte pas.

X. — *Observation recueillie dans le service du Dr Garnier, à l'infirmerie spéciale du Dépôt.*

Le nommé S... entre à l'infirmerie dans le mutisme le plus complet. Il comprend ce qu'on lui dit, fait même un certain nombre de gestes correspondant aux questions qu'on lui pose. Son front est sillonné de rides horizontales, visibles principalement sur la partie médiane.

Quelques rides verticales, peu marquées, dues à la contraction du sourcilier, coupent les lignes frontales, comme dans la mélancolie et la souffrance morale. Il a un tic de la pommette droite, qui s'élève.

Deux jours après son entrée à l'infirmerie, S..., qui mangeait peu, refuse toute nourriture, on est obligé de l'alimenter artificiellement. Une fois la sonde est introduite avec peine et ressort par la bouche, S... a trouvé le moyen de la ramener avec sa langue, pensant peut-être nous décourager et faire de cette sorte cesser ce traitement pénible. Nous insistons et après beaucoup de difficultés, nous réussissons cette fois à pousser la sonde jusque dans l'estomac.

S..., qui, sans doute, a été très fatigué, commence le lendemain à accepter du lait, puis peu à peu se remet à manger.

Au médecin qui l'interroge, S... répond deux ou trois phrases, péniblement, puis, comme frappé subitement d'impossibilité de parler, il tremble des lèvres, les larmes lui viennent aux yeux et comme dans les sanglots violents, il semble ne plus être maître ni de sa langue ni des mouvements de sa mâchoire inférieure qui,

par des contractions spasmodiques, frappe contre la mâchoire supérieure. S... fait des gestes pour indiquer qu'il ne peut parler malgré tous ses efforts. Il prend l'attitude du découragement.

Sorti du cabinet du médecin, S... cause avec les gardiens, demande à boire et à manger. Un jour, M. le Dr Legras entre dans sa cellule et lui cause. S... lui répond. Tout d'un coup, M. le Dr Legras lui dit : « Vous ne me reconnaissez donc pas, S...? je suis médecin. » Et de suite S... de recommencer son tremblement des lèvres et du menton, et de sangloter.

Au bout de huit à dix jours d'observation, S... présente un nouveau phénomène. A la visite, après avoir renouvelé son attitude des jours passés, il se raidit, s'allonge, les yeux se cachent sous les paupières supérieures, le bras droit principalement s'étend, raide, la main se crispe, les doigts écartés. Cet état dure une dizaine de minutes. On l'allonge à terre, mais nous remarquons que lorsqu'il est prêt à toucher le sol, soutenu par les gardiens, il prend la précaution de plier le corps, mouvement instinctif qu'il n'a pas su dompter et qui est destiné à rendre moins brusque le contact avec le sol.

Jamais ces sortes de crises ne le prennent quand il est seul dans sa cellule. Parfois il semble avoir un spasme de la glotte qui l'empêche de respirer, mais il contracte violemment ses lèvres; enfin, à bout de souffle, congestionné, il ouvre la bouche en soufflant avec bruit.

Le moindre bruit le fait sursauter. Si on lui fait tirer la langue, il la laisse dehors et semble ne plus pouvoir la rentrer; elle est flasque et aucun des muscles du plancher de la bouche n'est contracturé.

Le regard de S..., tout en semblant morne, conserve la vivacité de l'individu qui observe.

XI. — Le nommé C..., que nous avons vu au Dépôt, est un simulateur sans persévérance. Il n'a gardé sa physionomie qu'un seul jour et a compris tout de suite le ridicule de sa situation.

Il se présente à nous l'allure raide, les traits de la face immobiles. Il marche sans difficulté. Il s'assied automatiquement, tout d'une pièce, place ses deux mains à plat sur ses genoux. Mutisme complet; pressé de questions, il lève une main à quelques centimètres au-dessus de son genou, en écartant les doigts, puis la repose dans la situation précédente.

Sa bouche est entr'ouverte, le sphincter est modérément contracté, de sorte que l'ouverture est circulaire et grande environ comme un pièce de un franc. Les lèvres sont allongées en avant. Le reste du masque est immobilisé, figé. Les yeux seuls sont grands ouverts et le regard très mobile.

Si l'on s'approche, G... recule lentement et paraîtrait frappé de stupeur si sa physionomie exprimait cette émotion ; mais elle reste toujours la même.

XII. — *Rapport médico-légal de MM. Henry Bonnet et Jules Bulara*¹.

M... se tient à peu près constamment les yeux baissés ; il marche les pieds collés à terre et à petits pas ; puis il s'arrête tout à coup et reste un temps considérable dans la posture suivante : tête baissée, dos voûté, bras légèrement étendus avec une main appuyée sur l'autre ; s'il a besoin de se moucher, il laissera couler son nez, mais ne l'essuiera pas. Cette attitude est, à peu de chose près, celle que nous observerons jusqu'à la fin de notre expertise. Il est impassible devant toute question ; pas un muscle de son visage ne s'anime. Dans la journée, on a pu observer qu'il se pose de préférence en une attitude de grand hébètement, au carrefour de l'allée principale du jardin ; de temps en temps, il tourne lentement la tête sans cesser de l'avoir baissée et lance un regard oblique dans la direction d'où viennent les employés.

Le lendemain, nous l'observons attentivement à distance. Il est évident, pour un œil exercé, que l'attitude d'hébètement est forcée. On le regarde de suite, sans quitter sa place, un quart d'heure environ. Il ne quitte pas la sienne non plus ; mais avec une lenteur admirablement étudiée, *il tourne de temps en temps la tête du côté de l'observateur...* Il est extrêmement manifeste qu'il observe et étudie nos impressions comme nous étudions ses allures.

L'œil est vif, intelligent et scrutateur, et cela d'autant plus que la réceptivité cérébrale est plus tendue par les efforts qu'elle fait pour courir au-devant des sensations. A mesure que nous approchons de lui pour parler à des malades qui l'avoisinent, l'attention paraît plus forte ; mais il sent qu'on est plus près de lui et qu'on peut davantage l'observer ; sa tête, baissée, ne bouge plus, mais *les paupières se lèvent assez fréquemment et l'œil se dirige vers nous.*

1. In *Annales médico-psychologiques*, année 1866, t. II, p. 349.

On passe près de lui et il se dérange un peu, de façon à laisser juste le chemin libre. A peine a-t-on fait dix pas qu'il se retourne exactement comme une personne ordinaire, regarde un court instant puis reprend sa première posture.

XIII. — *Rapport médico-légal de M. le Dr Marandon de Montyel*¹.

A... (Antoine) semblait atteint d'un délire général, car il passait toutes ses journées à marmotter des paroles incohérentes et à répéter des lambeaux de phrases, toujours les mêmes, ayant trait à l'état militaire. Nous lui recommandâmes avec force de cesser son radotage et de nous écouter : il obéit et nous lui demandâmes sur le même ton quel était son âge. Sa réponse allait nous donner la mesure de sa sincérité et nous fûmes pleinement édifié sur sa simulation quand il nous répondit, *en nous regardant en dessous* : « Oui, mon général, je vais donner à boire au cheval. »

... Nous le vîmes régulièrement deux fois chaque jour. Son visage indiquait assez bien une certaine indifférence apathique ; *son regard seul le trahissait : le plus souvent il le tenait baissé ; mais quand par hasard il le relevait, il était vif, plein de vie, sournois et inquiet : ce n'était ni le regard du maniaque dément, ni celui du lypémane.*

Plus tard, D... simule des hallucinations.

XIV. — *Observation empruntée à M. le Dr Magnan*².

A notre première visite nous voyons L... assis sur un banc, silencieux, la face inclinée vers le sol. La tête est d'un volume normal, asymétrique, les cheveux noirs, très abondants, s'implantent un peu bas sur le front, la mâchoire inférieure est développée, sans toutefois déterminer de prognathisme sensible ; des poils noirs, plus serrés au bas du visage, recouvrent les lèvres, le menton et la moitié inférieure des joues ; ils sont rares dans la moitié supérieure. Le visage, pâle, a une expression farouche ; les traits sont contractés, les sourcils froncés forment, en dedans, deux plis verticaux qui donnent de la dureté à la physionomie ; les commissures labiales sont alternativement portées en dehors, en arrière et en haut, puis en avant, et les lèvres se rapprochent et s'avancent comme dans la moue ; la tête oscille dans un léger

1. In *Annales médico-psychologiques*, année 1877, t. I, p. 52.

2. Leçon faite à l'asile Sainte-Anne, in *Bulletin médical*, n° 103, 27 décembre 1891.

mouvement de rotation de haut en bas et de droite à gauche; les yeux, portés en haut et légèrement à droite, en partie cachés sous la paupière supérieure, ne laissent apercevoir que le bord inférieur de l'iris. *C'est vainement que l'on cherche à fixer le regard,* les globes oculaires restent relevés en haut et à droite.

Le D^r Laurent, dans son travail sur la physionomie chez les aliénés¹, donne comme caractère prédominant l'absence de synergie, le manque d'harmonie qui existeraient entre les manifestations expressives des yeux et des lèvres.

Nous ne partageons pas cette opinion et nous nous rangeons à l'avis de M. le D^r Legrand du Saulle², qui dit à ce propos : « Nous ne pensons pas qu'on puisse attribuer à ce signe une bien grande valeur. Nous croyons au contraire que la physionomie de l'aliéné peut varier d'après les idées délirantes qui troublent sa raison. Selon la nature de ces idées, la terreur ou la joie se peindront sur la physionomie du malade avec la même netteté, la même harmonie que chez un individu sain. »

Là où siège véritablement la désharmonie des expressions physionomiques, c'est dans la simulation. Et c'est à notre avis une excellente preuve de non-existence de la folie. Dans tous les examens des simulateurs dont nous avons pris connaissance, nous avons constaté chaque fois le manque de rapport d'expression de la face, au moins dans une de ses parties, avec les sentiments pathologiques auxquels l'inculpé voulait faire croire. Cela tient à ce que l'individu joue deux rôles à la fois, l'un qui consiste à se donner l'attitude d'un aliéné; l'autre à surveiller l'impression qu'il produit sur l'observateur, ou à chercher le moment où il pourra se reposer des efforts qu'il fait et qui l'épuisent.

Lorsqu'un simulateur se contente de prendre l'attitude d'un aliéné, il augmente considérablement les difficultés

1. *Loc. cit.*

2. *Traité de médecine légale.*

du diagnostic. Malheureusement pour lui, il est curieux de connaître l'effet produit, et finit par succomber à la multiplicité des efforts qu'il est obligé de faire.

Souvent aussi, pour hâter la solution, il abandonne son premier mode de simulation, espérant en trouver un autre plus facile et plus favorable.

Il n'est pas rare de trouver des maladroits comme celui de l'observation XI, qui essayent une grimace quelconque sans signification, et qui cèdent de suite aux difficultés qu'elle exige. Nous avons cité ce cas pour montrer la bizarrerie de l'attitude que cet homme, intelligent et instruit pourtant, avait adoptée.

Le diagnostic dans ces cas ne souffre aucune difficulté.

Mais dans nos autres observations, que nous avons considérablement réduites, pour ne signaler que les points qui nous intéressent, les sujets sont souvent très habiles, très perspicaces, très persévérants. Et, cependant, ils commettent des fautes grossières.

Ils n'ont pas l'habitude des acteurs, ni la possibilité du maquillage; et ce que des artistes de génie réussissent difficilement à faire pendant quelques heures, le visage grimé, ils sont obligés de le faire plusieurs jours de suite, sans cesse épiés. Aussi, quelle attention! Et comme elle se traduit bien dans leurs moindres gestes et surtout dans leurs regards! Je suis sûr que si l'homme possédait des mouvements un peu étendus dans les muscles de l'oreille, on les verrait, l'oreille au guet, comme un animal qui écoute un bruit dont il ne recherche la cause.

A tous ces obstacles matériels vient s'ajouter l'ignorance, tout au moins partielle, des symptômes de l'affection simulée.

Dans l'observation XIII, D... finit par raconter qu'il a la nuit des hallucinations, mais il n'a pas le facies de l'halluciné. « Un homme, dit M. Marandon de Montyel, qui entend une voix ou qui est poursuivi par une vision devient sombre

et concentré, et cela d'autant plus qu'il croit davantage à la réalité de ses hallucinations. Il faut user le plus souvent de ruse pour surprendre le secret des aliénés atteints de folie sensorielle, et on devine leurs hallucinations plus souvent qu'ils ne les avouent, en les voyant porter un regard fixe dans telle ou telle direction, écouter aux portes, ou prêter tout à coup une oreille attentive, se boucher les narines comme pour se soustraire à une impression désagréable, ou se frapper le corps comme pour se débarrasser de sensations importunes.

Le D^r Knight a certifié que par l'odorat seul il distinguerait un simulateur d'un véritable aliéné. Le D^r Rush prétendait arriver au même résultat rien que par les caractères du poulx. Voilà d'heureux moyens : nous ne croyons pas qu'ils soient aussi certains qu'ils sont originaux !

Nous émettrons l'opinion suivante : si la physionomie et en particulier l'étude du regard chez le simulateur ne suffisent pas à assurer le diagnostic, ils occupent certainement une place importante à côté des autres symptômes de simulation.

Dans toutes nos observations, nous avons relevé l'expression du regard, et nous avons toujours trouvé le regard vif alors que la forme de l'aliénation comportait un regard morne ; et sournois, fait qui existe exceptionnellement chez les malades, sauf dans les cas où ils sont en butte à l'idée obsédante du suicide.

La présence de ce regard détruit toute harmonie dans la physionomie des troubles mentaux que le simulateur veut imiter.

La même désharmonie existe chez le dissimulateur. Le jour où il y a lutte entre les sentiments et l'expression de ces sentiments, il en résulte un jeu de physionomie convulsif et oscillatoire qui traduit la dissimulation.

Comme nous l'avons montré dans les chapitres précédents,

chaque sentiment a un masque particulier qu'on ne peut reproduire parfaitement si on ne l'éprouve.

Aussi, on sera toujours en droit, quand on constatera le désaccord du sentiment et de la physionomie, de soupçonner, sinon d'affirmer, la simulation ou la dissimulation.

Le dissimulateur conserve ses émotions maladives, son trouble mental, et par sa nouvelle physionomie veut faire croire à la disparition de ces émotions. Quelque attention qu'il y apporte, quelque persévérance qu'il mette à continuer sa ruse, il ne peut éviter le moment où l'équilibre se fait, pour ainsi dire malgré lui, et où il lui devient impossible de cacher plus longtemps le véritable état de son âme.

CONCLUSIONS

Quand l'aliénation mentale se produit, l'individu change de physionomie, d'attitude.

Ces changements résultent à la fois des modifications qui surviennent dans l'état physique et dans l'état mental.

La physionomie, chez l'aliéné, conserve, comme chez l'homme sain, ses rapports de concordance avec les sentiments qui la provoquent et qu'elle exprime.

Mais comme ces sentiments sont excessifs, injustifiés ou intempestifs, leurs manifestations physionomiques seront-elles aussi excessives, injustifiées ou intempestives.

Nous pourrons donc, par l'étude de la physionomie, connaître les sentiments et les juger normaux ou non.

Toute physionomie définie dont les différents caractères ne sont point en harmonie n'est pas en concordance avec le sentiment correspondant.

Il y a donc lieu de conclure à la simulation ou à la dissimulation.

Enfin, ce seront *quelquefois* les mouvements de la face à peine ébauchés, fugitifs, qu'il faudra attentivement rechercher pour compléter un diagnostic d'aliénation mentale, et *souvent* pour se convaincre qu'il y a simulation ou dissimulation.

Vu par le président de la thèse :

A. JOFFROY.

Vu :

Le Doyen : BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- Adamantius.** — La physionomie, 1556.
- Alibert.** — Physiologie des passions.
- Athanassio.** — Troubles trophiques dans la paralysie générale. (*In Arch. Neurologie*, n° 23, 1897.)
- Bain.** — Les émotions et la volonté.
- Bell (Charles).** — De l'anatomie et de la philosophie de l'expression.
- Bérard.** — Doctrine des rapports du physique et du moral pour servir de fondement à la physiologie dite intellectuelle et à la métaphysique, 1823.
- Blanchin.** — Physionomie. (*Th.*, Paris, 1815.)
- Brière de Boismont.** — Du délire aigu dans les établissements d'aliénés.
- Bruyères (Henri).** — La phrénologie, le geste et la physionomie.
- Cabanis.** — Rapports du physique et du moral de l'homme, 1802.
- Cabuchet.**
- Camper.** — Dissertation sur la physionomie.
— Discours sur la représentation des passions.
- Coyne.** — Article « Face ». (*In Dict. des Sc. médicales.*)
- Cramer.** — Hallucinations.
- Darwin.** — Expression des émotions chez l'homme et les animaux, 1877.
- Demangeon.** — Du pouvoir de l'imagination sur le physique et le moral de l'homme.
- Double.**
- Duchenne (de Boulogne).** — Mécanisme de la physionomie, 1876.
- Dupuis (Gabriel).** — Essai sur les mimiques voulues. (*Th.*, Lyon, 1897.)
- Duval (Mathias).** — Anatomie artistique.
- Duvivier.** — Mélancolie.
- Esquirol.** — Maladies mentales.
— Démonomanie.
- Froment.** — Simulation des maladies mentales.
- Gall.**
- Gratiolet.** — De la physionomie et des mouvements d'expression.
- Guislain.** — Leçons orales sur les phrénopathies.
- Hack (W.).** — Riechen und Geruchsorgan.
- Hacks.** — Le geste, 1890.
- Hippocrate.** — Des prénotions.
- Hecker.** — Physiologie et psychologie des Lachen und des Komischen, 1873.
- Hersing.** — Der Ausdruck des Auges, 1880.
- Huschke.** — Mimices et physionomices, 1821.
- Landrè Beauvais.**
- Laurent.** — Etudes médico-légales sur la simulation de la folie.
- Lavater.** — De la physiognomonique.
- Lebrun.** — Méthode pour apprendre à dessiner les passions, 1702.
- Lemoine.** — De la physionomie et de la parole.

- Leuret.** — Fragments psychologiques sur la folie.
Lieber. — On the vocal sounds of Laura Bidgman. (Smithsonian contributions), 1831.
Luys. — Fragments psychologiques sur la folie.
Magnus (H.). — Die Sprache der Augen.
Mantegazza. — Physionomie et expression des sentiments, 1885.
Maupâté. — Criminalité et dégénérescence.
Michéa. — Hypochondrie.
Mongeri (Luigi). — Etude de la physionomie chez les aliénés (*International medizinisch photogr. monatsschrift*, 1896).
Moreau de Tours. — Psychologie morbide.
Morel. — Etudes cliniques.
Morselli (Enrico). — Manuel de sémiotique des maladies mentales.
Mosso. — La peur.
Nordau (Max). — Dégénérescence.
Parent. — La raison et la folie.
Piderit. — Mimique et physiognomonie.
Planés. — La folie à Paris.
Polémon. — Traité de physiognomonie, 1522.
Porta (J.-B.). — Physiognomonie, 1586.
Quelmatz. — De prosoposcopia medica. (*Th.*, Leipsig, 1748.)
Regnard (P.). — Sorcellerie, magnétisme, morphinisme.
Ribot. — Psychologie de l'attention.
Ricou. — Essai sur la face considérée au point de vue philosophique et médical. (*Th.*, Strasbourg, 1862.)
Roret. — (Encyclopédie). — Manuel du physionomiste et du phrénologiste.
Saulle (Légrand du). — Le délire des persécutions.
— La folie devant les tribunaux.
Sevestre. — Physiognomonie.
Simon (L.-A.). — Expression de la face considérée dans l'état de santé et dans les maladies aiguës. (*Th.*, Paris, 1822.)
Sully. — Les illusions des sens et de l'esprit.
Sureau (Emile). — Face humaine en santé et en maladie. (*Th.*, Paris, 1820.)
Tebaldi. — Sur la physionomie des aliénés, 1800.
Tissié. — Les rêves.
Topfer. — Essais illustres de physiognomonie. (*Mag. pittoresque*, 1848.)
Trélat. — Recherches historiques sur la folie.
Tucke. — Le corps et l'esprit.
Vinci (Léonard de). — Traité de la peinture, 1651.
Wundt. — Grundzuge der psychologischen Physiologie.
— Essays.
Annales médico-psychologiques, 1843-1898.
Séglas. — Maladies mentales.
Magnan et Legrain. — Les dégénérés, 1895.

Et autres ouvrages classiques de pathologie mentale.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS.	5
INTRODUCTION.	9
CHAPITRE PREMIER. — Anatomie de la face.	41
CHAPITRE II. — De la physionomie normale	29
CHAPITRE III. — Physionomie des aliénés.	56
CHAPITRE IV. — Simulation et dissimulation	80
CONCLUSIONS	92
BIBLIOGRAPHIE.	93

